ANNO XXXVIII Roma, 13 Luglio 1931 - IX Num. 28

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE G. B. MORGAGNI di FORLÌ
Sez. Chirurgica diretta dal prof. SANTE SOLIERI.

La irudinizzazione nelle flebiti post-operatorie e puerperali

per il dott. GIOACCHINO ROSSI, ass. vol.

La cura delle flebiti mediante l'applicazione locale delle sanguisughe risale, a dir vero, a molto tempo addietro, cioè alla prima metà del secolo scorso quando essa fu preconizzata da R. Lee e praticata da Cruveilhier, da S. Cooper e da altri chirurghi di quel tempo, i quali avevano osservato che l'applicazione di molte sanguisughe lungo il decorso della vena infiammata, specie se fatta precocemente, aveva un benefico effetto sull'andamento della malattia. Senonchè essi pensavano che ogni forma di flebite avesse per origine una infezione della tunica interna della vena e attribuivano a questo metodo curativo un'azione puramente antiflogistica, e consideravano la sottrazione di sangue come un mezzo per asportare dall'organismo una porzione della causa del male, prima che avvenisse la suppurazione del coagulo e il pus entrasse in circolazione. Perocchè essi distinguevano, nella flebite, un primo stadio adesivo ed un secondo suppurativo.

Con siffatti criterii, come si vede, puramente empirici, il sanguisugio nelle flebiti fu largamente usato da Levret, da Puzos, da Graves, da Witet e da molti altri.

Poi esso cadde a poco a poco in disuso, sia per la incostanza dei risultati, sia per frequenti inconvenienti derivanti da emorragie secondarie, sia infine per l'importanza che andò assumendo la asepsi.

La odierna resurrezione del trattamento delle flebiti mediante l'applicazione delle sanguisughe si deve allo studio fisiologico della emorragia che segue a detta applicazione: studio che risale alla scoperta, fatta nel 1884 da Haycraft e Bondong, di una sostanza anticoagulante del sangue, contenuta nella testa e nel-

le ventose della sanguisuga, che è *l'irudina*, il cui potere è così grande che può agire su tutto l'organismo, sino a determinare vere e proprie sindromi emofiliache.

La sanguisuga, quando « morde » l'uomo, versa appunto nel sangue di questo l'irudina, che lo rende incoagulabile per varie ore. La sanguisuga, infatti, non aspira più di 10-15 centimetri cubici di sangue; ma, dal momento in cui essa si stacca spontaneamente o viene strappata dalla pelle del paziente, l'emorragia si protrae per un tempo abbastanza lungo, a goccia a goccia, cosicchè si può avere una emorragia secondaria di 100-200 centimetri cubici. Girardet cita un caso in cui si ebbe una emorragia di oltre un litro. Non solo, ma se si raccoglie questo sangue in una provetta o su di una lastra di vetro, si nota che per molte ore, talora per giorni interi, esso non si coagula, e che il coagulo si forma assai tardi, stentatamente, e privo di consistenza, di coesione e di aderenza.

Tutto ciò si deve alla presenza, nel sangue, dell'irudina.

Anche da noi sono state fatte ricerche in proposito. Di Pace, studiando gli effetti del sanguisugio sull'uomo sano, ha infatti osservato che, se si raccoglie il sangue dell'individuo dopo 4-8 ore dall'applicazione delle sanguisughe, esso non si coagula nemmeno dopo 48 ore, e che, anche quando la coagulazione sia avvenuta dopo un tempo più o meno lungo, il coagulo non è mai tipico.

Circa la natura dell'irudina e il suo modo di agire, le opinioni dei vari autori non sono molto concordi.

Sable nel 1894 e Weil e Boyè nel 1909 dimostrarono che la irudina è un'antitrombina, poichè, a differenza degli ossalati, non agisce sui sali di calcio, e neppure, come il veleno del cobra, sulla chinasi; dimostrarono anche che essa non si combina col trombogeno e non agisce affatto sul fibrogeno.

Perciò essa costituirebbe una contro indicazione agli interventi chirurgici e alla narcosi, che determinano un aumento delle trombine normali.

Iniettata nelle vene del cane e del coniglio, ne determina la incoagulabilità del sangue. *In vitro*, il sangue preso dalla circolazione generale diviene incoagulabile come quello di un emofiliaco. P. E. Weil e Boyè hanno infine dimostrato che, nel coniglio così trattato, si possono riprodurre i sintomi più gravi delle grandi sindromi emofiliache della clinica umana: ecchimosi ed ematomi, emorragie dentarie, emartrosi, ematuria.

L'uomo poi è ancora più sensibile all'irudina di quel che non sia il coniglio. Dosi, infatti, che per il coniglio sono insufficienti, favoriscono nell'uomo le emorragie: piaghe e ferite in via di cicatrizzazione si sono viste risanguinare notevolmente dopo l'applicazione di poche sanguisughe; si sono infine osservate, in seguito ad applicazioni di sanguisughe, epistassi imponenti.

Weil e Boyè hanno anche segnalato casi di anemia e di leucocitosi con mononucleosi determinati da sangue irudinato.

Secondo le osservazioni di Kahn, confermate più tardi da Trendelenburg, l'irudina avrebbe un'azione vasodilatatrice, antagonista dell'azione vasocostrittrice della adrenalina.

Heidenhain ha poi dimostrato che l'irudina ha anche un'azione linfagoga e che essa rende il sangue imputrescibile, probabilmente perchè esalta il potere fagocitario dei leucociti.

Osservazioni queste che hanno indotto Bosc e Delezenne a ritenere che l'applicazione del sanguisugio nelle flebiti abbia anche un'azione antinfettiva.

Infine l'irudina avrebbe anche un'azione antispasmodica, con consecutiva diminuzione del dolore.

Insomma essa agirebbe con un meccanismo molto complesso.

L'irudina viene preparata per macerazione delle teste di sanguisughe sane, essendo solubile in acqua e non in alcool: un mmgr. di essa basta ad impedire la coagulazione di sette centimetri cubici e mezzo di sangue. La diminuzione della coagulabilità del sangue determinata dalla sua azione è, del resto, facilmente controllabile e traducibile in cifre (coefficiente di coagulabilità).

Lo studio delle sindromi emofiliache, dei casi di anemia e di leucocitosi con mononucleosi, nonchè di altri inconvenienti determinati dalla irudina parrebbe, a prima vista, giustificare l'abbandono nel quale era stato lasciato il sanguisugio.

Ma noi dobbiamo considerare che, se da un lato vi sono circostanze nelle quali l'applicazione delle sanguisughe, ossia la provocazione di un ritardo della coagulabilità del sangue, può condurre ad emorragie secondarie assai pericolose, dall'altro possono sussistere stati patologici nei quali il danno sta appunto nella coagulabilità del sangue e la irudinizzazione mediante il sanguisugio appare precisamente indicata.

È, questo, un problema che, più che i medici, dovevano porsi i chirurghi.

Vi sono, infatti, flebiti post-operatorie e puerperali, che l'asepsi più rigorosa non per-

mette di evitare, le quali sembrano dovute alla ipercoagulabilità del sangue; sicchè questa ipercoagulabilità postemorragica, che si era voluta interpretare come un processo di difesa, utile in caso di nuova emorragia, può costituire di per se stessa un danno. In questo caso essa può logicamente essere combattuta mediante l'emofilia irudinica.

La prima idea di usare le sanguisughe nella cura delle flebiti, specialmente puerperali e post-operatorie, si deve a Termier, chirurgo degli Ospedali di Grenoble, il quale, pensando che la proprietà anticoagulante del sangue e creatrice di un'emofilia artificiale e transitoria dell'irudina potesse essere utilizzata per impedire la formazione di coaguli intravenosi, sì da permettere di attuare un trattamento abortivo delle flebiti, evitando al malato una lunga immobilizzazione e i pericoli della embolia polmonare, applicò il trattamento che passa sotto il suo nome, cominciando da un caso di flebite puerperale e fece una prima comunicazione in proposito al Congresso Francese di Chirurgia del 1922, presentando diciannove casi che avevano avuto tutti un risultato favorevole.

Termier, così facendo, non solo intese di utilizzare il potere anticoagulante dell'irudina, ma attribuì a questa sostanza anche la proprietà di ridisciogliere i coaguli di recente formazione: a suo avviso, insomma, l'irudina avrebbe anche un'azione fibrinolitica. Ma questa opinione di Termier non pare sia stata confermata da esperienze successive di alcuni autori: perocchè, se è vero che *in vitro* la fibrina fresca si ridiscioglie in presenza di un liquido nel quale sia stata macerata la testa di una sanguisuga, non sembra che altrettanto si verifichi nelle vene, dove l'irudina si trova a un tasso di concentrazione così basso dopo l'applicazione di alcune sanguisughe, da non raggiungere la possibilità di ridisciogliere un coagulo già organizzato e aderente (P. Virely).

La tecnica è molto semplice, e consiste nell'applicare precocemente, ai primi segni di una flebite puerperale o post-operatoria, tre o quattro sanguisughe alla radice dell'arto colpito. Tale applicazione, in caso di necessità, deve essere ripetuta dopo due o tre giorni, e di solito non sono necessarie più di tre o quattro applicazioni in tutto.

La quantità di sangue sottratta non ha importanza: ciò che importa invece è ottenere la transitoria incoagulabilità del sangue. A questo proposito Termier ha tentato anche di sostituire, all'applicazione delle sanguisughe, la iniezione di un estratto di teste di sanguisughe, ma non è riuscito ad ottenere dell'irudina sufficientemente efficace.

Contrariamente alla pratica di un tempo, è bene astenersi dall'applicazione lungo il decorso della vena malata, sia per non esporre ad emorragie secondarie, sia per evitare il distacco di un trombo.

Dopo la comunicazione fatta nell'ottobre 1922 molti chirurghi seguirono l'esempio di Termier ed osservarono un evidente miglioramento e una notevole abbreviazione del decorso della malattia, specialmente se il trattamento veniva applicato subito, cioè ai primi segni della fase preobliterante. Tra costoro Hamm, il quale aveva osservato che la flebite si manifesta nell'1-2 per cento degli operati e nel 0,5-2% delle puerpere, e che i casi di morte per embolia salivano alla cifra di 0,3-0,69% degli operati. Egli dunque, dopo la prima comunicazione di Termier, ne adottò il metodo e potè constatare che trombosi iniziali o già conclamate retrocedevano dopo una sola applicazione di quattro sanguisughe. Hamm peraltro ammette che l'applicazione delle sanguisughe non preserva dal pericolo dell'embolia, malgrado la statistica di Termier, ma ritiene che non ne sia la causa e non favorisca il grave inconveniente, come ritengono alcuni autori. Egli inoltre non crede che l'azione dell'irudina si esplichi mediante una proprietà dissolvente sul coagulo, come vorrebbe l'ideatore del trattamento, bensì ritiene che essa agisca sulla trombosi esclusivamente in virtù della sua azione vasodilatatrice. Infine Hamm consiglia la irudinizzazione anche nelle flebiti croniche e come cura profilattica in quei casi nei quali certe circostanze o l'anamnesi possono far prevedere l'insorgere di una flebite.

Termier ritornò sull'argomento al Congresso Francese di Chirurgia del 1925 con una seconda comunicazione, riferendo una importante statistica di 180 casi, nei quali tutti, senza eccezione alcuna, la caduta della temperatura eva avvenuta in un periodo di 5-6 giorni, la circolazione venosa si era perfettamente ristabilita e i malati avevano potuto lasciare il letto entro 13-16 giorni. In nessun caso si era verificata embolia.

Sopratutto nel periodo preobliterante il trattamento di Termier appare utile per combattere la trombosi venosa. E Gonnet e Jeannin hanno dimostrato appunto che in questo periodo l'edema, se non è ancora apparso, non si manifesta più, e, se è comparso da poco, diminuisce in breve tempo.

Nonostante però le statistiche di Termier e le osservazioni favorevoli di autori che ne se-

guirono l'esempio, non si può affermare che le opinioni siano concordi circa l'adozione di questo metodo curativo. Alcuni, pur riconoscendo i buoni risultati della irudinizzazione, hanno obbiettato che il suo successo è in parte dovuto alla immobilizzazione dell'arto e ad altri trattamenti medicamentosi fatti contemporaneamente; altri hanno riferito di averne avuto scarsi e assai dubbi risultati, pur non avendo a lamentare alcun inconveniente, e che ad ogni modo i loro malati erano guariti in un lasso di tempo eguale a quello del trattamento classico delle flebiti. Altri infine si sono dimostrati nettamente contrari per i pericoli ai quali poteva esporre l'irudinizzazione.

Chavannaz e Magnault riportano dieci casi di flebite post-operatoria trattati con la irudinizzazione con scarsi risultati; due di essi morirono per embolia polmonare, ma uno era affetto da gravi fenomeni infettivi. Per questi autori i processi infettivi costituiscono una controindicazione al metodo di Termier; non solo, ma poichè la diagnosi precoce di flebite presenta delle difficoltà, essi ritengono che la cura irudinica iniziata troppo precocemente esponga a dei rischi.

M. Binet invece, in un'interessante comunicazione fatta alla Réunion Obstétricale et Gynécologique de Nancy il 21 Dicembre 1927, cita un caso di guarigione ottenuta nel termine di sei giorni di una malata che, dopo aver subìto un'applicazione di radio intrauterina, era stata colta da una flebite ostinata e ribelle ad ogni cura.

M. Hamant anche si dichiara soddisfatto di questo trattamento, che egli segue da qualche anno con ottimi risultati, sebbene riporti un caso in cui l'applicazione di tre sanguisughe, pur avendo ridato all'arto il suo volume primitivo in breve tempo, fu seguita da una crisi di insufficienza cardiaca e morte dell'ammalata. L'autore ha voluto riconoscere un rapporto tra la diminuzione troppo rapida dell'edema in una paziente assai debole e la crisi di asistolia sopraggiunta.

M. Jeannin, in una comunicazione alla Società Nazionale di Medicina e di Scienze Mediche di Lione, fatta nel Luglio 1928, riporta un caso di flebite chimica prodotta su certi animali mediante iniezioni di salicilato di soda nella vena femorale, trattata con iniezioni intravenose e ipodermiche di estratto di sanguisuga fatte una subito dopo quella di salicilato e altre due il decimo e l'undecimo giorno.

Uccisi gli animali, alcuni all'ottavo, altri al ventesimo giorno, non è risultato alla necroscopia alcun segno di trombosi, ma solamente una desquamazione dell'endotelio venoso che si modifica verso l'ottavo giorno e scompare al ventesimo.

Interessante, per contro, uno studio di Ducuing, Soula, Waysbort e Miletsky, nel 1928, secondo il quale il trattamento con le sanguisughe o col loro estratto non svilupperebbe una sostanza anticoagulante, ma si limiterebbe a determinare una banale emofilia al punto in cui le sanguisughe vengono applicate o l'estratto di sanguisuga viene iniettato, senza alcuna azione su tutta la massa sanguigna. Secondo questi autori i buoni risultati vantati da altri non sarebbero che una mera coincidenza e non l'espressione di una diminuita coagulabilità del sangue.

M. Ducuing anzi, in un altro suo lavoro, cita cinque casi di flebite post-operatoria grave, trattati coll'applicazione precocissima delle sanguisughe, sempre prima della fase obliterante, ai primi sintomi di edema del pube o di disuria. Ebbene, malgrado il diagnostico fatto assai per tempo e il trattamento immediatamente applicato, il decorso della malattia si mantenne in tutti i cinque casi gravissimo. L'autore conclude negando al metodo di Termier un qualunque valore curativo e concedendogli soltanto un'azione emofiliaca locale.

Secondo P. Virely, le sanguisughe possono essere applicate in tutte le varietà di flebite; ma occorre tenere presente che esse possono dar luogo a qualche inconveniente. Infatti si possono avere infezioni locali, facili ad evitarsi con qualche cautela; fenomeni di anafilassi (urticaria) ed emorragia secondaria. La eventualità di queste emorragie deve essere sempre tenuta presente quando si tratti di far seguire l'uso delle sanguisughe ad un intervento operativo.

Termier, alle obbiezioni degli oppositori del suo metodo, ha ribattuto che egli non immobilizza mai o quasi mai l'arto e che non aggiunge mai alcun altro trattamento medicamentoso. Egli insiste sul fatto che la irudinizzazione deve essere tentata fin dai primi sintomi della flebite e riconosce che essa non può nulla contro una flebite già stabilizzata, sopratutto quando sia già avvenuta l'obliterazione della vena. Che si abbia una vera e propria emofilia non è lecito negare, perchè ciò è provato coi mezzi di laboratorio; non solo, ma non si possono neppure negare una leggera fibrinolisi sul coagulo di recente formazione, e una leucocitosi con mononucleosi che esalta il potere battericida del sangue; infine si ottiene una vasodilatazione assai marcata, che si oppone allo spasmo vascolare de-

terminato dall'irritazione venosa, dilatazione che, oltrechè si oppone alla formazione del coagulo, esplica una benefica azione contro il dolore.

In Italia pochi, in verità, si sono occupati del nuovo trattamento curativo, cosicchè la nostra letteratura è a questo proposito assai scarsa. Citerò il Di Pace, il Pieri e il Goggi.

Di Pace, fin dal 1928, praticò la cura in dieci casi di flebite, dei quali cinque puerperali, due tifiche, due influenzali, e una pneumonica: il risultato favorevole fu in ogni caso costante e rapido. Pieri anche cita otto casi, tutti di flebite degli arti inferiori, di cui sette post-operatorie e una primitiva: anche egli si dichiara soddisfatto dei risultati ottenuti. Più recentemente Goggi ha sperimentato l'irudinizzazione nelle flebiti post-operatorie, con ottimo risultato, mentre in quelle puerperali ha notato che il decorso della malattia è alquanto più lungo e che occorre un maggior numero di applicazioni di sanguisughe. Non ebbe mai inconvenienti, nè embolia, nè recidive; sicchè egli consiglia il metodo, che giudica essere oggidì il più efficace.

Data adunque questa scarsità dei lavori italiani sull'argomento, non sarà inutile questo mio modesto contributo alla casistica delle flebiti post-operatorie e puerperali curate colla irudinizzazione, contributo che io porto per consiglio dell'illustre prof. Sante Solieri, chirurgo primario dell'Ospedale G. B. Morgagni di Forlì.

Si tratta di undici casi occorsi negli anni 1929 e 1930, dei quali otto di flebiti post-operatorie, una puerperale, e due primitive.

Caso I. — A. Cristina, di anni 24, di Forlì. Entra in Ospedale il 10 agosto 1929 con diagnosi di retroversione dell'utero consecutiva a metrite. Operazione di Mensc modificata.

Durante il decorso post-operatorio e precisamente il 29 dello stesso mese, accompagnati da un rialzo termico che raggiunge i 38°, si manifestano i segni di una flebite dell'arto inferiore sinistro. Vengono fatte tre applicazioni di sanguisughe col metodo di Termier, con un intervallo di tre giorni l'una dall'altra, e già alla seconda applicazione si ha la caduta definitiva della febbre e la rapida risoluzione dei fatti di flebite. L'inferma esce guarita l'ottavo giorno dall'ultima applicazione.

Caso II. — M. Filomena, di anni 46, di Roncofreddo (Forlì). Entra l'11 settembre 1929 con diagnosi di ulcera del piloro. Due settimane circa dopo l'intervento operativo (gastroenterostomia posteriore retrocolica alla v. Hacher) si notano i segni anche qui di una flebite dell'arto inferiore sinistro. Applicazione delle sanguisughe per tre volte col solito intervallo di tre giorni; rapida caduta della temperatura, che aveva raggiunto i 38° e risoluzione della flebite in pochi giorni. La paziente esce guarita il giorno 10 ottobre successivo.

Caso III. — N. Esterina, di anni 29, di Cesena. Entra il 25 di novembre 1929 con diagnosi di flegmasia alba dolens e setticoemia influenzale. Il dì seguente la febbre raggiunge i 39°,3. Viene applicato il sanguisugio per tre volte a partire dal secondo giorno di degenza in Ospedale, col consueto intervallo di tre giorni da una applicazione all'altra. Già dalla seconda applicazione si notano i segni evidenti di una rapida risoluzione della flebite. La febbre discende e alla terza applicazione la paziente è già apiretica. Esce guarita il 25 dicembre successivo.

Caso IV. — G. Silvana, di anni 16, di Forlì. Entra in Ospedale il 30 aprile 1930 con diagnosi di appendicite acuta. Durante il decorso post-operatorio e cioè il 14 del mese di maggio si osservano sintomi di flebite dell'arto inferiore sinistro con febbre a 38°,7. Viene praticata tosto una prima applicazione di sanguisughe. La febbre raggiunge i 39°,9 il 18 e i 40° il 23. Il sanguisugio viene ripetuto per altre due volte col consueto intervallo. Dopo la terza applicazione la malattia si avvia a rapida risoluzione.

Caso V. — M. Giovanni, di anni 36, di Forlì. Entra il 18 luglio 1930 con diagnosi di paranefrite suppurativa destra. Durante il decorso post-operatorio e precisamente una quindicina di giorni dopo l'ingresso in Ospedale, quando il paziente era già decisamente avviato verso la convalescenza, si manifestano i segni iniziali di una flebite dell'arto inferiore destro con improvvisa comparsa della febbre che sale rapidamente a 39°,9. Il sanguisugio viene applicato per 4 volte col solito intervallo di tre giorni. I sintomi della flebite accennano a diminuire già dopo la seconda applicazione; al quarto sanguisugio l'infermo è già apiretico. Esce guarito a 10 giorni da quest'ultima applicazione.

Caso VI. — B. Ernesta, di anni 48, di Napoli. Entra il 26 luglio 1930 con diagnosi di appendicite acuta e peritonite. Durante il decorso post-operatorio e cioè il 4 del mese di agosto si notano i segni di una incipiente flebite dell'arto inferiore sinistro. La temperatura raggiunge frattanto i 39°,6. Vengono fatte tre applicazioni di sanguisughe, il 5, l'8 e l'11 del mese. Dopo il terzo sanguisugio detti sintomi, insieme con la febbre, cedono definitivamente e l'inferma si avvia a rapida guarigione.

Caso VII. — D. Oliviero, di anni 16, di Forlì. Entra in Ospedale il 28 luglio 1930 con diagnosi di peritonite purulenta da appendicite perforata. Viene operato, ma dopo circa tre settimane di degenza si manifesta una flebite incipiente dell'arto inferiore sinistro. Si pratica tosto il trattamento di Termier per tre volte. Dopo le prime due applicazioni si ha rapida risoluzione dei fatti morbosi, caduta della temperatura che aveva raggiunto i 38°,5, e l'infermo esce guarito il 10 settembre successivo.

Caso VIII. — F. Rosa, di anni 37, di Forlì. Entra il 31 luglio 1930 con diagnosi di flebite dell'arto inferiore sinistro. È febbrile (38°,7). Viene subito applicato il sanguisugio che si rinnova per

una sola volta, poichè dopo la prima applicazione si hanno i segni manifesti di una rapida risoluzione della malattia. Infatti l'inferma viene dimessa guarita a una settimana dalla seconda applicazione.

CASO IX. — A. Teresa, di anni 29, di Forlì. Entra il 6 settembre 1930 con diagnosi di appendicite subacuta. Dopo una settimana di degenza e durante il decorso post-operatorio, con improvviso rialzo della temperatura (38°,4), si manifestano i segni di una flebite dell'arto inferiore sinistro. Questo avviene il 14 settembre. Il sanguisugio viene applicato per quattro volte e la paziente viene dimessa guarita soltanto il 29 dell'ottobre successivo, ma la risoluzione della flebite era già avvenuta fin dagli ultimi giorni del settembre precedente.

CASO X. — B. Luisa, di anni 28, di Forlì. Entra in Ospedale il 17 settembre 1930 con diagnosi di febbre puerperale e flebite dell'arto inferiore sinistro. Viene subito iniziata la irudinizzazione mediante il sanguisugio, che si pratica per quattro volte e cioè il 19, il 22, il 25 e il 28 dello stesso mese. I sintomi morbosi accennano a diminuire fin dalla seconda applicazione. La donna esce guarita l'11 ottobre successivo.

CASO XI. — C. Teresa, di anni 27, di Forlì. Entra il 20 settembre 1930 con diagnosi di appendicite acuta. Durante il decorso post-operatorio, pur non essendo accompagnati che da un leggero movimento subfebbrile, si osservano sintomi evidenti di una flebite dell'arto inferiore sinistro. Si pratica immediatamente il sanguisugio, che viene ripetuto per altre due volte col consueto intervallo di tre giorni. L'inferma viene dimessa guarita il 26 dell'ottobre successivo.

Questi i casi fin qui trattati nella Sezione Chirurgica dell'Ospedale di Forlì.

Le conclusioni che si possono trarre dal loro esame sono, io credo, evidenti e incontestabili, poichè i risultati ottenuti non permettono alcun dubbio sulla efficacia e opportunità dell'applicazione del metodo di Termier nella cura specialmente delle flebiti post-operatorie.

Qualunque sia il concetto che si voglia accettare sul meccanismo di azione dell'irudina, sia che non le si voglia riconoscere quell'azione fibrinolitica che le attribuisce lo stesso Termier, sia che la sua azione antitrombotica si vogflia far risiedere sopratutto nel suo potere antispasmodico sulle vene, sia infine che la incoagulabilità del sangue, come hanno sostenuto Brulè, Widal, Abrami, Weil, Mouriquand e Chalier, dipenda semplicemente da una alterazione della resistenza globulare provocata dalla irudina, sta di fatto che la irudinizzazione rappresenta un prezioso mezzo per combattere e vincere sin dal loro inizio le flebiti post-operatorie e puerperali. I risultati di tale trattamento sono:

a) arresto e regresso dell'edema;

b) diminuzione rapida del dolore, del senso di peso caratteristico nei malati di flebite e della loro sensibilità cutanea;

c) rapida discesa della temperatura;

d) assenza assoluta di inconvenienti spiacevoli.

E' ben vero che in quasi tutti i casi suriportati furono, alla irudinizzazione, associate la proteinoterapia o le iniezioni di argento colloidale, ma la risoluzione delle flebiti si manifestò, costantemente, così rapida fin dalle prime applicazioni del sanguisugio e con caratteri così evidenti e diversi da quelli notati nei casi in cui prima non si faceva ricorso al metodo, che alla terapia generale si può, tutt'al più, concedere un'azione coadiuvante.

La indicazione è dunque netta e precisa: flebiti post-operatorie e puerperali, al loro inizio. È bene insistere su questa limitazione perchè la irudinizzazione non è utile in molte flebiti di altra natura, come già è detto, cioè nelle flegmasie già stabilizzate, nelle flebiti marastiche, nelle infezioni assai gravi, nelle puerpere e negli operati che siano affetti da emorragie secondarie, in tutti quegli stati morbosi cioè, nei quali si deve evitare la provocazione di uno stato emofiliaco.

RIASSUNTO.

L'A. riporta undici casi, dei quali otto di flebite post-operatoria, uno di flebite puerperale e due di flebite primitiva, nei quali l'applicazione del metodo di Termier ha dato risultati costantemente rapidi e brillanti. Essi consistono in: *a*) arresto e regresso dell'edema; *b*) diminuzione rapida del dolore, del senso di peso caratteristico nei malati di flebite, e della sensibilità cutanea; *c*) rapida discesa della temperatura; *d*) assenza assoluta di inconvenienti spiacevoli.

L'A. è nettamente favorevole alla terapia irudinica delle flebiti post-operatorie e puerperali.

BIBLIOGRAFIA.

S. COOPER. *Dizionario di chirurgia pratica.* Trad. Ital., 1846, Milano.

G. BOYÉ. *Contribution à l'étude de la pathogénie de l'hémophilie et de quelques états hémorragiques (hémophilies expérimentales et comparées).* Thèse, Paris, 1909. J. Rousset, édit., p. 84.

P. E. WEIL et G. BOYÉ. *Recherches physiologiques sur les applications des sangsues en clinique humaine.* Sémaine médicale, 8 sept. 1909; *Hémo-*

philies expérimentales et comparées. Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 3 déc. 1909.
E. WEILL et G. MOURIQUAND. *L'hémorragie secondaire tardive et grave consécutive à l'application de sangsues*. La Presse Médicale, nov. 1911.
E. WEILL, G. MOURIQUAND, et J. CHALIER. *Les hémolysines de la sangsue*. Le Progrès Médical, 16 dec 1911.
TERMIER. *Traitement abortif des phlébites chirurgicales avec lever précoce*. XXXI Congr. Franç. de Chir., 7 oct. 1922; *Du traitement abortif des phlébites chirurgicales et obstétricales par l'hirudination (piqures des sangsues)*. XXXIV Congr. Franç. de Chir., oct. 1925 (discus. TAILHEFER).
P. VIRELY. *Les sangsues contre la phlébite*. Monde Médical, 1925, n. 678.
H. BOUQUET. *La sangsue contre la phlébite*. Ibid., 1925.
GONNET, JEANNIN et JOSSERAND. *De l'usage des sangsues dans les phlébites puerpérales*. Lyon Médical, 5 déc. 1926.
PICOT J., CH. BLOCH et NICOLAS J., L. FAURE, P. MOCQUOT et SAUVÉ. Discuss. in Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., t. LIII, n. 12, p. 521.
R. CLEUET. *Phlébite post-opératoire rapidement améliorée par une application de sangsues*. Le Nord Médical, 15 janv. 1927.
HAMM et SCHWARTZ. *Du traitement abortif des phlébites par les applications des sangsues*. In Lyon Médical, 5 dec. 1926, et in Le Médecin d'Alsace et de Lorraine, 16 avril 1927.
CLAUDE. *Phlegmasia alba dolens puerpérale traitée par l'application de sangsues*. La Loire Méd., n. 10, oct. 1927.
SCHWARTZ. *De l'emploi des sangsues dans le traitement des phlébites*. Le Méd. d'Alsace Lorraine, n. 21, 1927.
P. E. MORHARDT. *L'emploi des sangsues dans le traitement des phlébites*. La Presse Médicale, 21 dec. 1927.
I. DI PACE. Atti del XXXIII Congr. di Medic. Interna, 1927.
ID. *La irrudinizzazione delle flebiti*. Gazz. degli Osped. e delle Clin., n. 4 e 6, 1928.
G. PIERI. Atti della Società Medico-Chirurgica Bellunese, febbr. 1928.
CHAVANNAZ et MAGNAUT. Rev. de Chir., n. 6, 1928.
G. ISHOK. *Phlebitis value of leeches*. Arch. de Med., Cir. y espec., 1928.
GILLOT et FLOGNY. *Traitement des phlébites par les sangsues*. L'Algérie Méd., sept. 1928.
J. DUCUING. *Explanation of good results obtained by leeches in treatment of surgical phlebitis*. Progr. Médic., 30 oct. 1928.
DUCUING, SOULA, WAYSBORT et M.lle MILETSKI. Le Sang, n. 3, 1928.
DUCUING. Toulose-Médical, 25 mai 1928.
J. MDUZON. *Le traitement des phlébites thrombosantes par les sangsues*. La Presse Médicale, numero 43, 1927.
TERMIER. Gaz. des Hôp., 20 nov. 1929.
P. VIRELY. *Les sangsues dans ie traitement des phlébites*. Thèse de Lyon, 1929.
GOGGI. Ann. di Ostetr. e Ginec., n. 12, dicembre 1929
J. CHRISTIANY. *De l'emploi des sangsues en médecine en particulier dans le traitement des phlébites*. Thèse, 1930.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale di Circolo di Desio - Reparto Medico.

Polineurite da gestazione.

Prof. ANTONIO BRUGI, primario.

Tra le diverse malattie dei nervi periferici, di frequente si parla di una forma morbosa, nella quale, nello stesso tempo, in modo più o meno simmetrico, tanto più gravemente quanto più distale è la loro posizione, più nervi periferici vengono colpiti da una medesima condizione morbigena, che agisce perciò in via diffusa.

Intendo alludere alla cosidetta Polineurite, della quale, come è noto, esistono diverse qualità cliniche: alcoolica, saturnina, tifica, sifilitica, difterica, tubercolare, malarica, arsenicale, ecc.

Piuttosto rara a riscontrarsi è l'espressione clinica della Polineurite da gestazione; un caso, anche alquanto atipico inizialmente, occorsomi alla osservazione in questi mesi e potuto seguire a lungo, da vicino, mi induce a trattarne oltre per l'interesse che poteva offrire dal lato diagnostico, prognostico e terapeutico, anche per le deduzioni che se ne potevano ritrarre.

STORIA CLINICA. — G. G., di anni 30, da Desio. Nulla di notevole nel gentilizio, mestruò a 13 anni e le mestruazioni furono sempre regolari per qualità, quantità, intercorrenza.

Andò a marito a 25 anni con un uomo vivente e sano; ebbe due gravidanze con esito a termine di due bambini vivi ed in buona salute.

Non sofferse malattie degne di nota.

Circa due anni or sono, al quarto mese di gravidanza, notò un vivo senso di pesantezza all'arto inferiore di sinistra, che si manifestava in modo particolare nella deambulazione; successivamente tale disturbo si presentò anche all'arto inferiore di destra. A questa fenomenologia l'inferma non fece troppo caso, continuando nelle sue occupazioni giornaliere. Nato il bambino, sano e robusto, lo allattò per otto mesi, allorchè nell'ottobre dell'anno scorso analoghi sintomi vennero a stabilirsi anche alle mani, dapprima a destra, poi a sinistra. Intimorita ricorse allora a chi riproduce questa memoria, il quale le consigliò di sospendere subito l'allattamento e di ricoverare in Ospedale per le cure del caso. L'inferma non ascoltò tali consigli, spinta anche dall'amore materno e continuò per un mese ancora l'allattamento, quando il 24 novembre, non potendo quasi più camminare, pensò di entrare in Ospedale ove veniva accolta e assegnata al mio reparto.

Donna di buona costituzione fisica, di sviluppo scheletrico regolare, masse muscolari poco valide e ipotoniche ai polpacci, pannicolo adiposo sufficente, colorito della cute e delle mucose visibili pallido-roseo; non tosse, non dispnea, non cianosi, non febbre.

P. 80-85; R. 18-22. Non micropoliadenia.

Apparato respiratorio: Nulla all'ispezione del torace: le due metà di esso si espandono bene ed ugualmente durante gli atti della respirazione. Il fremito vocale tattile è ovunque bene trasmesso. Su tutto l'ambito polmonare si ha suono chiaro polmonare; all'ascoltazione il murmure vescicolare e normale. Non tosse, non dispnea, non cianosi. R. 18-22.

Apparato circolatorio: Area cardiaca di aspetto normale. Ictus cordis al quinto spazio intercostale un cm. all'interno della linea emiclaveare. Limite superiore dell'area di ottusità assoluta del cuore alla quarta costa; limite interno alla marginale sinistra dello sterno. I toni sono chiari e netti su tutti i focolai di ascoltazione; nulla al giugulo e ai vasi del collo. Polso normale nei suoi caratteri. P. 80-85.

Addome normale all'ispezione: è trattabile, non dolente nè dolorabile.

Esame dello stomaco, fisico e funzionante, normale. Fegato e milza nei limiti fisiologici.

Esame delle urine: normale.

Reazione di Wassermann nel sangue: negativa.

Esame del sangue: Globuli rossi 4.460.700; glob. bianchi 8200; emoglobina 75; formula leucocitaria: normale.

Sistema nervoso: L'inferma conserva memoria perfetta dei fatti avvenuti recentemente come per il passato; è perfettamente cosciente; è però facilmente emozionante ed irritabile ed ha un temperamento piuttosto triste.

Nulla di patologico in riguardo della motilità, reflessività, sensibilità del *tronco* e del *capo*.

Arti superiori: Si riscontra paralisi dei muscoli dell'eminenza tenar di destra accompagnata da reazione degenerativa completa; la paziente non riesce opporre il dito pollice col dito mignolo se non flettendo il pollice stesso. Si riscontra paresi dei muscoli dell'eminenza tenar di sinistra accompagnata da reazione degenerativa incompleta. Le masse muscolari appaiono appiattite. Non disturbi della sensibilità.

Arti inferiori: Si riscontra paresi dei muscoli estensori e flessori del piede di destra con reazione degenerativa incompleta; si riscontra paralisi dei muscoli estensori e flessori del piede di sinistra con reazione degenerativa completa. A sinistra abolizione del riflesso achilleo. Sensibilità integra.

Stazione eretta possibile; Romberg assente. La deambulazione è leggermente atassica a tipo tabico.

Nulla a carico dei sensi specifici, della vescica e del retto.

Esame del liquor: normale (la reazione di Wassermann pure praticata in esso riesce negativa).

Esame del fondo dell'occhio: normale.

DISCUSSIONE CLINICA.

Si trattava di dati semiologici semplici, facili, non troppo numerosi, ma molto interessanti, non solo per far conoscere la forma morbosa, piuttosto rara in questa sua manifestazione, ma anche per la loro interpretazione, quelli che si riscontravano nella nostra inferma.

E considerando bene e vagliando con accuratezza i rilievi più salienti offerti dall'esame obbiettivo, rilievi che più sopra ho riportato, una diagnosi abbastanza sicura poteva essere formolata, nonostante l'atipicità di alcuni di essi.

Intanto una malattia del sistema nervoso centrale facilmente si poteva escludere; ne mancavano i caratteri fondamentali. Per cui non mi dilungo su questo punto. Ogni attenzione doveva essere rivolta alle affezioni morbose dei nervi periferici e precisamente alle Polineuriti, cioè a dire a quel tipo di malattie dei nervi periferici nei quali un agente patogeno circolante nel sangue può esercitare la sua azione deleteria su tutti i nervi dell'organismo, anche se da principio possono presentarsi colpiti, soltanto, un nervo solo o un gruppo di nervi (a differenza delle Mononeuriti nelle quali il processo morboso non suole estendersi oltre ai limiti delle fibre del nervo colpito); di quel tipo di malattie dei nervi periferici la cui causa determinante deve ricercarsi fra condizioni morbose generali quali infezioni, intossicazioni endogene ed esogene, avitamitosi, a differenza delle Mononeuriti provocate da condizioni locali come cause meccaniche, termiche, infiammatorie, ecc.

Quali sono i segni esteriori delle Polineuriti?

Di ciò mi sembra opportuno fare breve esposizione, per poter giustificare la diagnosi emessa.

I caratteri generali delle Polineuriti sono:

1) Paralisi flaccide nel dominio dei nervi spinali, ipotonia ed atrofia degenerativa;

2) alterazioni qualitative e quantitative della eccitabilità elettrica dei muscoli e dei nervi (R. degenerativa; R. pseudomiastenia);

3) anestesie localizzate, specialmente alle estremità distali degli arti; anestesia dolorosa;

4) atassia a tipo tabico più frequente negli arti inferiori;

5) miastenia o meglio pseudomiastenia nervosa periferica;

6) parestesie e dolori; dolorabilità dei tronchi nervosi, alla pressione;

7) abolizione o diminuzione dei riflessi tendinei o meno costantemente di quelli cutanei;

8) disturbi vasomotori, trofici, secretori nelle parti paralitiche;

9) conservazione delle funzioni degli sfinteri;

10) alterazioni delle funzioni psichiche;

11) paralisi nel dominio dei nervi cranici; neurite ottica.

Dopo di che, ritornando a leggere la storia clinica, nella nostra inferma, si rintracciavano in verità, per quanto in modo incompleto, alcuni ed erano i più importanti dei segni patognomonici delle Polineuriti; per cui mi sembrò gustificato far entrare nel quadro loro il caso sudescritto, escludendo ogni altra affezione dei nervi periferici quali le radicoliti, le funicoliti ecc. (Vedi caratteri 1°, 2°, 3°, 4°, 7°, 10°).

Emessa così una diagnosi quale la *prognosi* e la *terapia*.

Prima di dire della *prognosi* occorre che io ricordi il processo anatomopatologico delle polineuriti; le lesioni dei nervi possono essere *parenchimatose* ed *interstiziali*, lesioni che si associano sovente. Le lesioni *parenchimatose* riguardano il cilindrasse (*neurite assile*) e la guaina mielinica (*neurite periassile*). La forma *assile* è rappresentata dalla disgregazione delle neurofibrille che assumono dapprima l'aspetto monoliforme e poi si frammentano, si accartocciano mentre la mielina si divide in blocchi; essa viene a poco a poco riassorbita con i frammenti del cilindrasse. La forma *periassile* è invece limitata ad un certo numero di segmenti interanulari ed interessa la guaina mielinica, di cui produce la distruzione, senza distruggere il cilindrasse. Se le lesioni restano limitate all'involucro mielinico (*neurite periassale*) il processo ha un carattere relativamente benigno e la guarigione avviene con la neoformazione, intorno ai cilindrassi, di nuovi manicotti di mielina; ma se le lesioni si estendono anche al cilindrasse questo rimane spezzato e la restaurazione del capo periferico degenerato avviene per un germogliamento delle neurofibrille del capo centrale (ordinaria rigenerazione dei nervi).

Le lesioni *interstiziali* conferiscono un vero carattere infiammatorio al processo neuritico; (nelle forme *acute* si hanno diffusa vascolarizzazione, diapedesi leucocitaria, infiltrazione di cellule migranti nelle trabecole connettivali intra e perifascicolari; nelle forme *subacute e croniche* gli elementi di natura connettivali si organizzano producendo l'addensamento delle trabecole interstiziali e l'atrofia delle fibre nervose).

L'esame istologico permette di stabilire che le *intossicazioni* e le *infezioni* più *acute* e più *gravi* provocano alterazioni diffuse di neurite periassile e assile, mentre le *intossicazioni e le infezioni più lente* limitano i loro effetti alla sola guaina mielinica; i *processi cronici poi a lenta evoluzione* presentano in prevalenza i caratteri delle neuriti interstiziali. (Dal Mattirolo).

In base a tali dati di fatto e per quanto dirò appresso la prognosi non poteva essere che riservata.

La *cura* doveva consistere in massaggi manuali ed elettrici a tipo galvanico nei muscoli colpiti, associando iniezioni ricostituenti a base arsenicale, terapia questa che in casi del genere suole produrre effetti benefici.

Riassumendo la causa di questa polineurite sorta in gravidanza non poteva essere ricercata che nei fenomeni della gestazione stessa; in fenomeni cioè tossici a lento decorso,

Con predilezione in tale forma clinica sono colpiti come insegna la patologia medica, i nervi mediano, cubitale, circonflesso, sciatico popliteo interno ed esterno. Noi vediamo infatti nel caso nostro interessati chiaramente il *mediano* e lo *sciatico popliteo interno ed esterno.*

La persistenza poi della forma era dovuta al fatto che la paziente aveva dovuto anche allattare il bambino, prolungando così quelle condizioni di inferiorità fisica che si erano manifestate nel periodo della gestazione. Nella nostra donna non essendosi riscontrate altre possibili condizioni morbose determinanti la malattia, l'ipotesi della causa « *gestazione* » era la più probabile. Ed essendo tale causa intossicante a lento decorso, si doveva pensare ad una forma anatomopatologica interstiziale: onde prognosi riservata.

Decorso della malattia.

L'inferma restò ricoverata in Ospedale per oltre un mese e fu sottoposta al trattamento curativo sopraricordato. Ella ottenne da esso un lieve miglioramento specialmente a vantaggio degli arti inferiori per cui all'uscita dall'Ospedale la deambulazione era meno atassica, si compieva più speditamente per quanto il reperto semeiologico persistesse invariato.

Consigliai all'inferma di tornare per un nuovo periodo di cura dopo un mese di riposo durante il quale avrebbe continuato una cura arsenicale.

Se la malata era contenta del risultato terapeutico ottenuto, non lo ero io, chè anzi avvertii la famiglia del caso per me non più suscettibile di guarigione.

In questo frattempo la donna si recava anche da uno specialista neurologo di Milano, il quale in un suo scritto confermava la diagnosi di polineurite ed ammetteva come la più probabile, perchè le altre si dovevano escludere, la causa « gestazione ». Prescriveva inoltre la

medesima terapia che io avevo già praticato nella malata.

Ai primi di febbraio questa si presentava all'Ospedale per esservi nuovamente accolta.

La giovane donna era assai peggiorata; nulla di nuovo a carico della motilità; si aggiungevano: anestesie dolorose localizzate alle estremità distali degli arti (carattere 3°); formicolii alle mani e ai piedi ed ai polpacci (carattere 6°); disturbi secretori e vasomotori nelle parti paralitiche (carattere 8°); presenza del fenomeno della claudicazione intermittente funzionale di origine nervosa, conseguente a disturbi della nutrizione dei nervi periferici (carattere 5°).

La deambulazione era poi del tutto atassica del solito tipo tabico.

La presenza di questi nuovi dati semeiologici, ulteriormente comparsi, veniva a confermare pienamente la diagnosi formulata di polineurite.

Si riprendeva un nuovo ciclo del solito trattamento senza però ottenere da questo alcun vantaggio.

In tali condizioni si trova tuttora la malata, che spera sempre, ma invano, dai massaggi manuali ed elettrici e dalle iniezioni ricostituenti, un sollievo ai suoi disturbi.

DEDUZIONI.

Nel chiudere questa memoria, dirò come è sorto in me il desiderio di descrivere il caso clinico, oltre, come ho detto, per l'interesse diagnostico, prognostico e terapeutico, anche perchè mi porta a fare brevi considerazioni d'indole pratica.

Dati gli stretti rapporti intercedenti fra eziologia e lesioni anatomiche, la prognosi delle Polineuriti deve essere formolata sempre con grande ponderatezza e il caso in oggetto di discussione ne è la dimostrazione.

Inoltre se la forma di *Polineurite da gestazione* è una espressione clinica piuttosto rara a riscontrarsi nella casistica giornaliera, pure deve essere sempre tenuta presente ogni qualvolta giunga a noi medici una donna gravida che ci descriva dei segni, anche minimi, che possano richiamare alla mente quelli della Polineurite. Ciò sia per le indicazioni terapeutiche da prescriversi tempestivamente, sia per i consigli da dare, allo scopo di ovviare ad ulteriori inconvenienti, che possono menomare in seguito la capacità di diventar madre nella donna rimasta per sempre invalida, come è capitato nella nostra giovane inferma.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di *polineurite da gestazione*, ricordando anche incidentalmente i caratteri principali e l'anatomia patologica e la terapia delle Polineuriti in generale; sottolinea i rapporti fra lesioni anatomopatologiche e la prognosi; fa deduzioni pratiche che si ricavano dal caso illustrato.

SUNTI E RASSEGNE.

TISIOLOGIA.

Sulla origine ilare dell'infiltrato precoce.

(G. COSTANTINI. *Tuberc.*, f. III, marzo 1931).

Si può asserire che nessun argomento ha trovato così ampia discussione dappertutto, eccetto che in Francia, come l'infiltrato precoce.

In Francia s'è trascurata di proposito la questione dell'infiltrato prceoce di Assmann, perchè secondo gli AA. francesi, esso sarebbe identificabile con l'addensamento lobare da essi già descritto sotto i nomi di polmonite tubercolare, lobite, scissurite ecc. Ma il Costantini porta le ragioni per dimostrare che l'infiltrato sottoclavicolare precoce, secondo la concezione di Assmann è ben altra cosa.

La dottrina dell'infiltrato precoce ha riaperto la discussione sulla teoria dell'origine apicale della tubercolosi, a cui rimangono fedeli sopratutto gli anatomo-patologi, i radiologi ed alcuni clinici. Secondo questi autori l'infiltrato precoce dovrebbe essere interpretato come una localizzazione secondaria a processi dell'apice, talora tanto piccoli da non essere riconosciuti nè all'esame fisico nè a quello radiologico.

Però le osservazioni anatomo-patologiche non possono giudicare sull'evoluzione di una forma, ma forniscono il criterio della lesione sullo stato attuale all'esame, e quindi è il criterio clinico che deve giudicare in definitiva sul concetto dell'infiltrato precoce.

Si è anche discusso a quale delle tre fasi della divisione Ranke sia da attribuire l'infiltrato precoce, se al complesso primario, o al periodo della generalizzazione od infine alla fase terziaria della tisi isolata.

Considerando l'infiltrato precoce come espressione di reinfezione, l'A. ammette che esso coincida con la terza fase di Ranke, cioè che rappresenti la prima manifestazione della tisi isolata in un soggetto non più in stato allergico ma in una fase di immunità relativa per una pregressa infezione.

Un'altra questione importante è quella che si riferisce alla sede. Dopo aver ricordato le opinioni in proposito, l'A. crede che nella reinfezione la regione ilare è frequentemente il pun-

to di partenza del processo tubercolare. Dalle ghiandole ilari, ove l'infezione rimane più o meno a lungo latente, si ha una diffusione per via retrograda nella regione iuxta-ilare, in tutte le direzioni, ma in prevalenza verso l'alto, determinando il così detto infiltrato precoce, il quale contrariamente alla concezione dell'Assmann non ha un carattere topografico definito. Quindi la reinfezione avviene nell'ilo, e tanto l'ilo, quanto l'infiltrato precoce e l'apice sono tre tappe nella diffusione del processo tubercolare. Così che l'infiltrato precoce, se non regredisce, tende ad estendersi verso l'alto, all'apice, ove si rende manifesto il processo tubercolare.

Alcune osservazioni e radiografie confermano tale opinione dell'Autore. L. CARUSI.

Le forme principali radiologiche della t.b.c. polmonare e la loro diagnosi differenziale.

(F. LOBEN. *Med. Klinik*, n. 21, 1931)

L'A. ricorda anzitutto il grande progresso delle nostre conoscenze sull'essenza e sull'evoluzione della t.b.c. polmonare, da quando i raggi sono venuti a soccorrere la clinica e la anatomia patologica. Dopo aver rapidamente accennato alla dottrine di alcuni principali Autori, egli propone di distinguere 3 grandi gruppi di forme radiologiche:

1° I processi infiltrativi e le loro successive fasi di evoluzione localizzata;

2° Le forme a disseminazione;

3° *a*) La tisi ulcero-cavernosa prevalentemente essudativa da un lato e *b*) la tisi cirrotica, prevalentemente produttiva dall'altro.

Nei processi infiltrativi ha importanza la sede: si tratta di opacità generalmente unilaterali, ben localizzate, a sede infraclavicolare, talora anche perilare: come esiti, possiamo avere o una disseminazione localizzata, o un campo cirrotico, o una caverna precoce.

Bisogna sempre ricordare che zone d'infiammazione perifocale o d'atelettasia possono far sembrare l'infiltrato più vasto di quello che è; anche le caverne iniziali possono essere confuse con bronchiectasie, enfisema.

L'infiltrato tubercolare evolve, o diffondendosi bilateralmente (gruppo 2°) o attraverso stadio di disseminazione localizzata passa ad uno stato di cirrosi.

Il secondo gruppo mostra una disseminazione bilaterale di piccoli focolai, disposti quasi simmetricamente: il grosso focolaio iniziale è quasi sempre visibile: si deve ammettere, secondo l'A. che la disseminazione del processo avvenga per via ematogena, le glandole ilari o le paratracheali sono spesso ingrossate. Si ricordi che, in queste condizioni, non si deve parlare di tubercolosi miliare, che è caratterizzata dalla presenza di focolai caseosi, progredienti in tutti gli organi, e non regredisce quasi mai; nè di tubercolosi dell'ilo: la presenza di un netto ingorgo glandolare dell'ilo nell'adulto, significa (quando si possano escludere altre malattie) una diffusione ematogena, per lo più blanda, non miliare, del processo tubercolare; noi l'abbiamo visto spesso in unione con l'eritema nodoso.

Talora manca la disseminazione bilaterale, e solo in un campo si vedono queste ombre molteplici che tendono a fondersi.

Tutte le altre forme di tubercolosi appartengono al 3° gruppo e noi le osserviamo quando hanno già superato gli stadii corrispondenti al 1° o al 2°.

La forma ulcero-cavernosa si rivela colla formazione delle caverne e di grossi blocchi caseosi, che appaiono rispettivamente come zone chiare e zone d'ombre, asimmetricamente disposti e confluenti; la forma cirrotica mostra zone d'ombra a striscie a tralci densi, che generalmente si distaccano dagli ili dirigendosi verso gli apici e si ricordi che tale disegno perde molto del suo valore se è localizzato solo nei campi bassi del polmone dove la trama vascolare è già, abitualmente, più intensa: non ci si allarmi quindi della frase « trama accentuata! ».

L'A. conclude che la radiologia della tubercolosi polmonare deve essere sempre accompagnata dal controllo clinico e si giova della conferma anatomopatologica: le tre scienze procedendo parallelamente, s'integrano a vicenda. V. SERRA.

Sulla paralizzazione del diaframma.

(YATES-RAINE. *Arch. of Surgery*, Vol. 21, n. 4).

Gli AA. descrivono la loro tecnica colla quale si dicono capaci di poter produrre facilmente e senza alcun rischio paralisi del diaframma che possono essere transitorie di varia durata, o permanenti. In tal modo essi vogliono riprodurre quel meccanismo naturale di difesa per il quale il diaframma si paralizza in alcune lesioni acute pleuro-polmonari.

Clinicamente ed esperimentalmente hanno studiato le conseguenze benefiche e dannose di un tale procedimento. I benefici consistono nell'aumento dei poteri di resistenza, di difesa e di riparazione, nonchè nell'impedimento alla disseminazione di prodotti nocivi batterici o neoplastici per parte del complesso pleuro-polmonare.

I danni sono dovuti a una riduzione della capacità vitale del 10 %.

Le paralisi indotte precocemente nella malattia danno i migliori risultati.

Le paralisi temporanee possono essere di brevissima durata o durare 2-10 settimane (frenenfrassi).

Le paralisi definitive frenicectomie, freni-

coexeresi) dovrebbero essere riservate a quei casi nei quali le paralisi temporanee sarebbero inefficaci.

Indicazioni per le quali la paralisi del diaframma è stata usata: tubercolosi polmonare; empiema acuto e cronico; ascesso del polmone; ascesso pleuro-polmonare; bronchiectasie; emottisi.

Gli AA. riterrebbero utile di provare una paralizzazione temporanea anche nelle polmoniti e broncopolmoniti specie se centrali quando il diaframma non si immobilizza spontaneamente. M. ASCOLI.

Il trattamento delle caverne del lobo superiore.

(F. DUMAREST. *Archives méd.-chirur. de l'appar. respir.*, tome V, n. 6).

Anzitutto vediamo come si comportano le lesioni ulcerose apicali abbandonate alla natura. Possono distinguersi due categorie: le forme distruttive, caseificanti, estensive, ad evoluzione più o meno rapida, progressiva, con febbre ed espettorato precoce e bacillifero (frequente nei giovani, anzi nelle giovani). Il secondo gruppo comprende le forme costruttive, fibroulcerose, poco evolutive, poco secretive, più comuni nell'età avanzata.

Cattiva prognosi nel primo caso, più favorevole nel secondo. In ogni caso la guarigione di una caverna è, all'infuori dei fattori evolutivi, influenzata da condizioni meccaniche. Le lesioni apicali sono le più sfavorevolmente situate perchè dispongono nei loro dintorni di una debole zona di tessuto elastico sano, d'altra parte sono meno influenzate delle lesioni basali rispetto agli stiramenti respiratori. I casi della prima categoria sono indicati per il pneumotorace artificiale precoce, con risultati immediati ed eccellenti: l'unilateralità è spesso assoluta, non vi è stata reazione pleurica perciò non vi è sinfisi della cupola, lo schiacciamento del tessuto patologico, non sostenuto da alcuna armatura fibrosa, è spesso completo. In tali casi bisogna rispettare l'elettività e limitare il collasso al lobo superiore, ed una immobilizzazione temporanea può essere sufficiente ad assicurare la riparazione e si ha la guarigione anatomica per eliminazione e cicatrizzazione, con cicatrizzazione invisibile da non confondere con la sclerosi.

Nelle forme costruttive, fibrose o fibrocaseose, il meccanismo di guarigione delle caverne è differente: è un fenomeno di addensamento e di retrazione che porta ad una riduzione del volume poi alla scomparsa dell'ulcerazione: il diaframma, il mediastino, la parete costale, il parenchima sano fanno le spese della diminuzione di volume dell'organo. Dato quindi che la natura può bastare al compito, noi dobbiamo cercare di provare la capacità di queste forze naturali. Il processo naturale di riparazione può essere influenzato ed accelerato dall'auroterapia. Questa auroterapia e l'igieno-terapia deve essere tentata prima della collassoterapia, e la durata del tentativo dipende dalla sua efficacia: se il miglioramento è chiaro si potrà aspettare, se non si manifesta alcun miglioramento diverrà dannoso il temporeggiare.

Tolto il trattamento igienico e aurico, resta da scegliere fra il pneumotorace, la frenicectomia, la toracoplastica ed il piombaggio, sistemi tutti destinati a ridurre il volume dell'organo, sul suo insieme o su di un lobo, o su una parte del lobo, sede della lesione ulcerosa. Teoricamente sarebbe preferibile il trattamento locale, elettivo, ma talora questo risultato locale è più perfetto se realizzato da un collasso più esteso: il pneumo resta il metodo di scelta, allorchè è possibile, e sempre da lui bisogna incominciare: il suo fallimento rappresenta una delle condizioni tecniche per gli altri metodi.

Potremo ottenere così un pneumo totale, ovvero un pneumo basale, opponendosi al collasso del lobo superiore l'esistenza di una larga aderenza della cupola (ed allora l'influenza sulle lesioni dell'apice saranno indirette), ovvero in una terza modalità, il collasso apicale sarà incompleto a causa di briglie aderenziali. Nel primo caso noi perseguiremo, finchè ci sarà possibile, la realizzazione di un pneumo elettivo rispettante la funzione del lobo inferiore sano: ne avremo la certezza di realizzazione allorchè fin dal principio vedremo prodursi la retrazione spontanea delle zone patologiche. Basterà allora mantenere una pressione pleurica ipotensiva per stabilire l'elettività. Il solo inconveniente che può presentarsi è rappresentato dalla persistenza indefinita di un pneumo residuo per l'impossibilità di riespansione tardiva del lobo superiore, talora mal tollerato per dolori. In tale evenienza saremo costretti a riempire la tasca con un oleotorace.

Nel caso di un pneumo basale che non abbia scollato il lobo superiore si avrà l'equivalente di una frenicectomia con il rischio di pleuriti e di perforazioni: è indicato abbandonare il pneumo e sostituirlo con una frenicectomia.

Nel caso di scollamento incompleto del lobo superiore per aderenze, se l'endoscopia mostra briglie accessibili, non bisogna esitare a sezionarle ed a persistere col pneumo.

Se il pneumo è fallito occorre rivolgerci agli atti chirurgici il più inoffensivo dei quali è rappresentato dalla frenicectomia. Le indicazioni di questa sono ampie, sono compatibili con uno stato generale mediocre, con esistenza di lesioni controlaterali, con lesioni sia evolutive che stabilizzate; l'esperienza ha mostrato che non solo le lesioni basali sono influenzate dalla frenicectomia, ma anche le

lesioni apicali. Il risultato della frenicectomia talora è immediato con caduta della febbre, diminuzione dell'espettorato, talora tardivo mostrandosi spesso i miglioramenti locali delle lesioni dopo mesi. Si può peraltro affermare che non vi è concordanza assoluta fra risultati anatomici e clinici della frenicoexeresi, ed inoltre talora un buon risultato immediato non si mantiene e che il diaframma temporaneamente paralizzato ricupera indirettamente la sua funzione. Donde la conclusione pratica di considerare la frenicoexeresi come preludio ad interventi più ampi e dopo una certa prolungata osservazione post-frenicectomia. I risultati di una operazione così lieve sono spesso brillanti perchè si vedono lesioni cambiare evoluzione e lesioni ulcerose apicali scomparire. Come norma generale i suoi risultati sono tanto più favorevoli quanto più fibrosa e retrattile è l'evoluzione locale. Così è inefficace nelle forme distruttive acute, caseificanti, giustiziabili invece col pneumotorace.

Chiarito, dal punto di vista dell'efficacia totale, se si ha lo scacco delle frenicoexeresi, dovremo associarvi la toracoplastica od il piombaggio, associazione utile nella maggior parte dei casi.

L'estensione e la localizzazione delle lesioni ci faranno scegliere fra toracoplastica e piombaggio: se la lesione occupa la totalità del lobo superiore è preferibile la toracoplastica, se si tratta di lesione fibro ulcerosa ben localizzata, il cui limite inferiore non deborda il bordo superiore della prima costa in avanti, poco estensiva, noi sceglieremo l'apicolisi, operazione più semplice ma di indicazioni ristrette, compatibile però con lesioni fibrose del lato opposto.

Se abbiamo ricorso alla toracoplastica, ci potremo contentare di una toracoplastica alta, al contrario dell'opinione recente del Bull. La toracoplastica sarà anche qui più favorevole se si tratta di lesioni ulcero fibrose antiche, unilaterali ed inattive con affermata tendenza retrattile (spostamento della trachea e del mediastino); sarà anche utile nelle forme fibrocaseose a tendenza fibrosa, subfebbrile, od emoptoiche. Il risultato sarà molto più dubbio nelle forme caseificanti, progressive, che d'altra parte raramente rispondono alle condizioni di localizzazione previste più in alto.

L'apicolisi è il tipo di cura locale di una lesione strettamente apicale.

Le difficoltà di quest'operazione non sono relative alla tecnica operatoria ma al piombaggio della cavità che risulta dallo scollamento pleuroparietale.

Attualmente il piombaggio paraffinato solido è di uso corrente nei chirurgi tedeschi: è ben tollerato dai tessuti pur osservandosi talora la sua eliminazione attraverso le vie respiratorie e pur presentandosi qualche volta accidenti infettivi della parete e della cavità. Se si potesse giungere all'apicolisi sopprimendo il piombaggio, questa piccola operazione diverrebbe di uso comune e sostituirebbe la frenicectomia. Sembra che in questa operazione la via di accesso posteriore permette una apicolisi più efficace che non ottenuta per via anteriore.

Quanto precede mostra il grande cammino percorso dalla terapia delle lesioni ulcerose apicali negli ultimi venticinque anni: la terapia ha camminato sulle geniali orme di Forlanini, incerta essendo, e non del tutto inoffensiva la cura sanocrisinica abbenchè questa ci abbia portato ad ammettere l'esistenza di un prodotto chimico capace di influenzare favorevolmente l'evoluzione della tubercolosi: le prossime generazioni, alle quali la nostra ha preparato il terreno, forse vedranno la finale vittoria.

Monteleone.

La presenza di una bacillemia tubercolare in malattie diverse.

(Loewenstein. *Münch. Med. Woch.*, n. 7, 1931).

L'A. ricorda quante manchevolezze presenti il concetto di tubercolosi, fondato soltanto su di un punto di vista anatomo-patologico: esistono infatti forme di tubercolosi (della pelle, dell'urea, ecc.) che non hanno la struttura tipica, benchè si tratti senza alcun dubbio di manifestazioni specifiche.

Non è detto che ogni lesione tubercolare delle ossa, degli occhi o dei reni debba necessariamente essere in rapporto con un preesistente focolaio polmonare: questo può mancare e recenti ricerche statistiche, fatte dall'A., lo dimostrano.

Di qui nasce il concetto della bacillemia tubercolare, così come l'A. per il primo l'ha esposto: in questi casi, che decorrono con febbricole per mesi e mesi, le localizzazioni mancano e possono manifestarsi soltanto tardivamente.

Ogni goccia di sangue contiene colonie di bacilli, e l'emocultura è abbondantemente positiva.

I bacilli possono penetrare nel sangue in ogni stadio della infezione, anche assai precocemente come è stato dimostrato sperimentalmente.

Anche quando esista un focolaio di localizzazione, non è detto che sia proprio quella la sorgente della batteriemia.

La bacillemia precede la reazione alla tubercolina, ed anzi ne è la condizione; infatti solo i bacilli viventi sono capaci di creare la tubercolinosensibilizzazione delle cellule.

Le vie aperte alla bacillemia sono, anzitutto la sanguigna, e, in secondo luogo, la linfatica.

Non tutti i portatori di bacilli nel sangue reagiscono con temperature febbrili, molti possono essere anche completamente apirettici; il reperto sanguigno è positivo anche quando le condizioni generali sono buone, e lo sputo è negativo.

Ne deriva che il metodo della ricerca dei b. Koch nel sangue ha un significato non solo diagnostico, ma anche prognostico.

La maggior parte delle ricerche dell'A. si riferiscono al campo della t.b.c. cutanea: le numerose ed accurate indagini svolte in proposito hanno dimostrato che la presenza dei bacilli è dimostrabile nel sangue, sinchè il processo è nella sua fase acuta.

Anche nel campo della tubercolosi urogenitale e di quella oculare gli studii di molti AA. tedeschi e stranieri hanno portato agli stessi risultati onde è sembrato opportuno di estendere il campo di applicazione di questo metodo ad altre malattie: e il Ritter di Vienna ha intrapreso una vera e propria revisione, sotto questo punto di vista, delle varie forme di poliartriti acute e croniche, con le loro complicanze infiammatorie, nei loro rapporti con l'infezione tubercolare.

L'emocultura è riuscita positiva in alcuni casi di poliartrite acuta, di reumatismo nodoso, di corea reumatica, di meningite spinale, di schizofrenia.

La frequenza della positività della reazione, quando si tratta di poliartrite fa sì che noi vediamo in questo risultato non una semplice coincidenza: in quanto alla malattia del sistema nervoso centrale, i loro rapporti con la t. b. c. vanno ulteriormente studiati.

V. SERRA.

MALARIOLOGIA.

Infezione malarica dei normoblasti.

(AGHAKHAN TOBB. *Rivista di Malariol.*, sett.-ott. 1930).

L'A. è riuscito, attraverso ricerche molto pazienti ed accurate, a dimostrare la presenza dei parassiti malarici di estivo-autunnale nei normoblasti del midollo osseo.

Prima di queste ricerche non si avevano che scarsi reperti e poco probativi al riguardo.

Le ricerche dell'A. sono state eseguite a Roma. Un soggetto che l'A. ha preso particolarmente in esame, presentava una forma clinica di perniciosa biliare. Nel sangue si riscontravano molti anellini; scarseggiavano le semilune (in rapporto con la data recente dell'infezione); si repertavano forme sporulanti (per solito esse caratterizzano, com'è noto, le infezioni più gravi dell'estivo-autunnale).

Malgrado l'intensa chininizzazione, seguì l'*obitus*. La buona conservazione del cadavere si prestò allo scopo delle ricerche. La colorazione del midollo osseo, alla May-Grünwald-Giemsa, rivelò numerosi normoblasti invasi da parassiti in varie fasi di sviluppo.

Alcuni di questi erano piccolissimi, con nucleo scarsamente colorabile, privi di pigmento: è chiaro che si trattava di merozoiti.

Altri erano in sviluppo più avanzato, rotondeggianti, con granuli di pigmento fini: si trattava di schizonti.

Altri ancora erano molto sviluppati, compatti, con granuli di pigmento nero, a bastoncelli od a granuli piuttosto grossi, irregolarmente sparsi e senza tendenza a raccogliersi in un blocchetto, come avviene per le forme cui segue la segmentazione: ossia presentavano i caratteri che Bignami e Bastianelli ascrivono alle semilune in via di sviluppo.

Avviato da queste ricerche, l'A. ha preso in esame i preparati del midollo osseo dei casi di perniciosa conservati nella collezione esistente presso la Stazione sperimentale per la Lotta antimalarica, e ha trovato anche in essi dei normoblasti parassitati. Non solo, ma la percentuale ne era elevata: non inferiore a quella delle emazie parassitate.

Questi reperti interessano in quanto si ammetteva, sulla fede di Bignami, che le cellule giovani della serie emoglobinica siano dotate di una forte vitalità, la quale permetterebbe loro di respingere gli assalti dei parassiti malarici: si spiegava in tal modo la scarsità e l'indeterminatezza dei reperti positivi.

Si ammetteva che anche le emazie giovani oppongano una decisa resistenza ai parassiti della malaria. Si spiegava in tal modo la rarità di reperti parassitari nel neonato, anche quando l'infezione congenita è fuori dubbio e si rende manifesta qualche tempo dopo la nascita.

I reperti dell'A. non contraddicono in nulla queste tesi; difatti essi concernono l'estivo-autunnale, che è la forma più grave di malaria; non solo, ma si riferiscono tutti a forme particolarmente attive, perniciose, ad esito letale. In tali condizioni si spiega che la resistenza abituale delle cellule giovani della serie emoglobinica contro i parassiti possa essere sopraffatta.

Il lavoro è documentato da una tavola a colori.

L'A., che è un medico persiano, fa seguire il lavoro da una simpatica nota di sapore schiettamente orientale, in cui tributa i più vivi elogi ai malariologi dell'Italia per il valore scientifico, e ne vanta la cordiale ospitalità.

A. P.

Un procedimento semplice di coltura dell'ematozoario malarico.

(M. PELTIER. *Marseille-Médicale*, 25 dic. 1930).

L'A. descrive il metodo sistematicamente adoperato nella scuola di Medicina tropicale di Calcutta per la ricerca e la determinazione

in tutti i malati ospedalizzati degli agenti specifici della malattia. Il procedimento è quello di Thomson modificato da Ross.

5 cc. di sangue del soggetto da esaminare sono raccolti in un pallone contenente delle palline di vetro e vengono defibrinati agitando per 2-3 minuti; si porta poi il sangue in una provetta e si aggiungono 4 gocce di una soluzione di glucosio al 50 %. La provetta è poi chiusa e portata in termostato. L'addizione di glucosio è destinata a rimpiazzare la grossa molecola di fibrinogeno asportata con la defibrinazione e ad impedire così i fenomeni di osmosi che porterebbero all'emolisi.

L'A. ha tentato con questa tecnica molto semplice la coltivazione dei parassiti della malaria, allo scopo non di ottenere una vera e propria cultura, ma di verificare il valore pratico di un metodo diagnostico giudicato prezioso in India.

Nel sangue, posto nelle condizioni prescritte da Thomson e Ross, gli ematozoari restano vivi e presentano nelle ore seguenti un grado di sviluppo avanzato, che non arriva però mai fino alla formazione di rosette. I globuli rossi parassitati si trovano al limite di separazione delle emazie e del siero ed è là che la pipetta affilata dovrà prelevare la goccia. Lo striscio ottenuto, in caso di risultato positivo, è ricco di parassiti, con numerose forme differenziate di facile diagnosi. Paragonando questi strisci con quelli eseguiti con il sangue ottenuto dal dito del malato, l'A. conclude che la coltura permette una ricerca più facile e più fruttuosa dei parassiti. C. TOSCANO.

Studi sulla malaria: l'effetto del dosaggio dei medicinali e della durata della cura sulla guarigione.

(A. J. SINTON. *The Indian Journ. of Medic. Research*, gennaio 1931).

Il problema del miglior dosaggio della chinina e della durata della cura ha anche un aspetto economico non trascurabile nella lotta antimalarica.

Bisogna distinguere l'azione palliativa della chinina usata per combattere gli attacchi febbrili e l'azione che essa può avere nella guarigione definitiva della malattia.

Per quanto riguarda la dose palliativa, questa deve essere più elevata nella terzana maligna che nella benigna. Secondo MacGilchrist la dose minima letale è per il P. Vivax di 10 centigrammi, per il falciparum di 15 e per il malariae di 20. Euling invece ha trovato in Albania inefficace la dose unica di 75 centigr. anche per la terzana benigna. L'A. ritiene dopo un'esperienza comprendente 4000 casi che la dose giornaliera di un grammo può essere sufficiente per la cura delle manifestazioni acute della terzana benigna, nella quale però si ha azione più rapida da una dose di 1,50 gr. Per la quartana e per la maligna la dose deve essere non minore di gr. 1,50 al giorno. Quindi per la routine è bene dare gr. 1,50 di chinino al giorno in qualunque forma di malaria.

Anche la scomparsa dei parassiti dal circolo periferico è più alta colle dosi più elevate.

Il sospendere la cura chininica una settimana dopo cessate le manifestazioni cliniche può dare raramente la guarigione definitiva, perchè solo una percentuale scarsa di malati possono essere stati sterilizzati così. Continuando a dare chinino per 4 settimane alla dose di 1/2 grammo al giorno si ha una sterilizzazione del 60-70 % dei malati. Questa percentuale sale a 90-95 % se la cura si fa per 8 settimane.

Per la guarigione definitiva ha maggiore importanza la durata della cura che non il dosaggio di chinino.

L'A. conclude dalle sue osservazioni che la cura chininica continuata per una settimana guarisce la maggior parte delle forme di terzana maligna e questo risultato si ha pure in una percentuale altissima di forme di primaverile.

Solo una piccola percentuale di malati presenta recidive dopo una cura durata una settimana a dose appropriata, cioè con gr. 1,50 al giorno. R. LUSENA.

Ricerche sull'azione terapeutica della plasmochina pura nella malaria.

(M. CIUCA, G. IRIMESCO, L. BALLIF, M. FRANKE, N. COSTANTINESCO, M. VIERU. *Arch. Rumaines de Path. Experim. et de Microb.*, marzo 1930).

Gli AA., allo scopo di rendersi conto della innocuità e del valore terapeutico della plasmochina, hanno utilizzato nelle loro ricerche la plasmochina pura (senza chinino). Essi hanno somministrato questa sostanza solo a malati ospedalizzati. In generale le dosi non oltrepassavano 0,06-0,08 di sostanza al giorno per adulto. Furono trattati 109 casi di infezione naturale (72 di terzana maligna, 5 di quartana, 28 di terzana benigna e 4 di infezioni miste) e 6 casi di infezione sperimentale (5 terzane benigne ed una quartana). Il trattamento era schematicamente così condotto: 7 giorni di trattamento, 7 giorni di riposo, 3 giorni di trattamento, 4 di riposo, ripetuti quattro volte. La durata del trattamento, molto variabile, era il più spesso determinata dalla tolleranza del malato e dalla comparsa degli accidenti tossici.

Il 60,3 % degli ammalati presentarono accidenti tossici di intensità variabile che obbligarono a sospendere il trattamento. Fra i disturbi, la cianosi e la stanchezza non mancavano mai; altri disturbi erano, in ordine di frequenza, le traspirazioni abbondanti, distur-

bi del ritmo cardiaco con extrasistoli accompagnate da sensazioni di vertigine e da tendenza alle lipotimie. In due casi si ebbe una vera sincope poche ore dopo la somministrazione della prima dose del medicamento. L'abbassamento della pressione del sangue si accompagnava, in un piccolo numero di casi, ad asincronismo valvolare. In due casi fu osservata una vera dissociazione auricolo-ventricolare. Disturbi intestinali furono osservati solo in quattro casi, ma in uno di essi, mezz'ora dopo l'ingestione di una sola compressa di plasmochina, si ebbero fenomeni dissenteriformi assai acuti. Nel 13 % dei casi, il trattamento dovette essere sospeso già dopo il primo giorno. Gli AA. non hanno mai osservato sintomi d'irritazione renale nè emoglobinuria.

L'esame morfologico del sangue dimostrò in tutti i casi una forte distruzione dei globuli rossi, che aumenta se si continua il trattamento, fatto che contrasta con la ricostituzione del sangue che si constata durante il trattamento chininico.

Tutti questi disturbi sfuggono al medico quando si somministra la plasmochina a malati non ospedalizzati, ma non sfuggono ad una parte dei malati, che talora rifiutano il medicamento e chiedono il chinino.

Quanto all'azione parassiticida della plasmochina semplice, la scomparsa della febbre e la scomparsa delle forme schizogoniche ha luogo nello stesso periodo di tempo o 24 ore più tardi che nei malati trattati con chinino (1 gr. per 70 Kgr. di peso). La scomparsa delle forme schizogoniche e dei gametociti ha luogo nello stesso tempo dal 3° al 4° giorno di trattamento. Nei casi di infezione naturale (acuti o cronici) il 33 % presentarono nei 7 mesi che seguirono il trattamento delle recidive, dopo periodi di trattamento varianti da 2 a 42 giorni. In genere i tre tipi di parassiti si comportarono allo stesso modo dal punto di vista della comparsa delle recidive. Circa i casi di malaria sperimentale, è notevole il fatto che in 3 malati si constatò una resistenza tutta particolare del parassita a dosi di plasmochina sufficientemente forti per provocare accidenti tossici, insufficienti pertanto ad impedire le recidive. Anche in 3 casi di infezione tripla gli AA. hanno constatato una resistenza particolare dei parassiti a forti dosi di plasmochina, che avevano provocato dei fatti tossici. Su 10 casi di malaria tropica acuta primitiva, che ricevettero un periodo completo di trattamento di 6 settimane (in totale gr. 1,14 di sostanza), 3 presentarono recidive durante il trattamento stesso o qualche settimana dopo. In questi casi la comparsa delle semilune era preceduta di 6-7 giorni da quella dei trofozoiti. Manca dunque l'azione inibitrice sulla formazione dei gametociti.

In conclusione, la plasmochina pura non presenta vantaggi reali nel trattamento del malarico e non può rimpiazzare la chinina. Gli accidenti tossici non permettono di oltrepassare la dose limite giornaliera di 0,04-0,06 per 70 kgr. di peso. E' dunque preferibile, come la letteratura dimostra, l'uso della plasmochina composta, che riunisce le proprietà terapeutiche del chinino e l'azione gametocita della plasmochina. In ogni modo, questo trattamento non può essere praticato che nei malati ospedalizzati, sotto la sorveglianza medica diretta, poichè son segnalati dei disturbi anche con dosi di gr. 0,02-0,04 di plasmochina combinata con la chinina. Gli AA. sono d'avviso che non si possa affidare questa sostanza direttamente ai malati o al personale ausiliario, come è uso nella lotta antimalarica. C. TOSCANO.

Infezioni malariche letali in reduci dai Paesi caldi.

(P. MÜHLENS. *Deut. Med. Woch.*, n. 11, 1931).

L'A. richiama l'attenzione sulla grande frequenza con cui febbri malariche si verificano nei bastimenti che tornano dall'Africa tropicale.

Molti equipaggi fanno uso profilattico di chinino, ma generalmente in modo irregolare, e di solito poi l'abbandonano, non appena hanno abbandonato l'Africa.

Ora il chinino non impedisce già che l'individuo si contagii di malaria, giacchè l'anofele punge indistintamente quelli che compiono la profilassi, e quelli che non la compiono; ma distrugge volta per volta i parassiti, impedendo loro di raggiungere quel numero che è indispensabile allo scoppio dell'attacco.

In marinai ricoverati all'Istituto di Amburgo, il Mühlens ha riscontrato talvolta reperti parassitarii di straordinaria abbondanza.

Malgrado ogni più energica e generosa cura di chinino, qualcuno di questi malati — ogni tanto — non sfugge alla morte.

È necessario che anche i capitani delle navi sappiano che cosa è questa malattia; affinchè non accada che prendano la diagnosi di « paludisme » — come in un aneddoto citato dall'A. — per una malattia nuova e misteriosa.

In due casi, infine, l'A. ha potuto osservare il quadro clinico di un'encefalite che, a suo giudizio, era certamente di origine malarica: anzi, a questo proposito, il Mühlens prese posizione, nel corso di una perizia medico-legale, contro un collega che riteneva « estremamente dubbii » i rapporti tra encefalite e malaria.

V. SERRA.

Azione del trattamento chininico preventivo sullo sviluppo della malaria indotta.

(R. GOSIO. *Riv. di Malariol.*, IX, n. 4, luglio-agosto 1930).

L'A. si è proposto di studiare l'effetto eventuale che avrebbe potuto avere un trattamento preventivo sullo sviluppo della infezione malarica, servendosi delle favorevoli condizioni di esperimento rappresentate dalla malarizzazione terapeutica nella pratica neuropsichiatrica.

Egli fece esperienze su 21 casi con i seguenti risultati: la somministrazione di chinino (da 40 ctg. a 2 gr.) per un numero indifferente di giorni precedenti a quello dell'infezione, non ha dimostrato alcun valore nello svolgersi successivo della malaria, neppure nel far variare il periodo dell'incubazione. Una volta eliminato il chinino non ha lasciato immunità.

Le dosi di ctg. 40 somministrate fino a otto giorni da quello dell'infezione non riescono, nella maggioranza dei casi, ad impedire lo svolgersi di essa; ma talora l'incubazione pare protratta.

Somministrando chinino (1 gr.) per 3 giorni dopo quello dell'incubazione si è riusciti sempre ad impedire la febbre, mentre le dosi inferiori non sono sicuramente sufficienti.

Le dosi bisettimanali di gr. 1 di chinino propinate per due settimane fra le quali si è indotta l'infezione, non hanno impedito lo svolgersi dell'infezione stessa in due casi.

Sembrano più sensibili al chinino gli stipiti che provengono da un numero maggiore di passaggi interumani. L. TONELLI.

Trombosi della vena porta e della v. splenica in seguito a malaria cronica.

(B. NISSEMBAUM. Direttore dell'Ospedale Medico di Haifa (Palestina) *Arch. für Schiffs- und Tropen-Hygiene,* 34, 1930).

L'A. descrive un caso che per i suoi rapporti con la malaria, ha ai nostri occhi un notevole interesse.

Un abitante dello Yemen (Arabia del Sud) sofferente per molti anni di malaria, avendo notato il progressivo aumento di volume dell'addome si presentò all'Ospedale di Haifa.

Al suo ingresso le condizioni erano scadenti, l'addome tumido, conteneva un versamento libero: il fegato non si palpava, la milza giungeva a 2 dita sotto l'ombellico.

Fu dapprima fatta un'iniezione di Novasurol, con buon successo, poi una paracentesi: si estrassero 4 litri di liquido che aveva i caratteri del trasudato.

Il paz. non ebbe mai febbre: l'esame del sangue dette una notevole leucopenia (una media di 3000 leucociti) e discreta monocitosi (12 %), non si trovarono parassiti malarici.

Nelle urine, tracce di albumina: R. W. negativa.

Non era facile — in base a questi dati — intessere una diagnosi esatta: una cirrosi epatica di origine luetica? Ma la lues è rarissima nello Yemen, inoltre la R. W. era negativa e mancava ogni altra manifestazione di lues. Tubercolosi? Essa è assai facile e particolarmente violenta negli Yemeniti che vengono a contatto con gli Europei; tuttavia la temperatura era stata sempre normale, mancavano affezioni specifiche di altri organi e il liquido non aveva il carattere dell'essudato. Neppure l'ipotesi di un Kala Azar era probativa, perchè la puntura della milza era stata infruttuosa, giacchè il tumore di milza persisteva immutato già da molti anni.

Una cirrosi da malaria? Qui la discussione diagnostica s'ingrana con quella più generale dell'argomento; esiste una simile forma di cirrosi?

Brugsch l'ammette sen'altro, ma Ziemann, Frerichs, Osler, Marchiafava e Bignami [e noi aggiungeremo Ascoli, Dionisi e Zeri, n. d. R.] lo negano assolutamente: l'A. è d'accordo con loro, e così Mühlens.

La morte del paziente e la seguente autopsia chiarirono il problema: la milza pesava g. 1650, era lunga 26 cm., larga 17 e spessa 7; le trabecole ed i setti erano evidenti, i follicoli mal riconoscibili, la polpa brunastra; il fegato pesava g. 500, era di consistenza aumentata e a disegno confuso.

Nulla d'importante negli altri organi.

Nella vena porta, invece, si trovava un trombo compatto e bianco al centro, rosso e lasso alla periferia, occludente il lume del vaso; un trombo con gli stessi caratteri occupava la vena splenica.

In realtà la diagnosi anatomopatologica di trombosi della vena porta non portava tanta luce quanto si poteva sperare: d'altra parte, non era stata dimostrata alcuna cirrosi del fegato. Dunque? La trombosi della porta è raramente una malattia a sè, ma piuttosto la complicazione di altre affezioni; ed essa deriva in genere da processi trombotici che si stabiliscono in uno dei suoi rami. Si può dunque ammettere che i lunghi anni di malaria avendo portato alla formazione di un tumore cronico enorme della milza (1650 g.) l'organo comprimeva la vena splenica, inducendovi stasi e trombosi: di lì il trombo si era diffuso alla v. porta, provocandone lentamente la parziale occlusione: a questa erano seguite l'atrofia del fegato, l'ascite, la policitemia e tutta la sindrome descritta: il meccanismo dell'insorgenza della trombosi fu dunque, puramente meccanica e la malaria non vi ebbe che una parte indiretta.

V. SERRA.

Un caso di emoglobinuria da chinino.

(W. YORKE. *Annals of Tropical Medecine and Parasitology*, 22 ott. 1930).

Si trattava di una bambina nata in Rodesia da genitori inglesi.

All'età di sei settimane fu incominciata la somministrazione a scopo profilattico di piccole dosi di chinino (1/2 grano di euchinina al giorno). All'età di un anno ebbe un solo attacco febbrile. Il chinino fu dato continuamente per due anni (ad esclusione dei mesi invernali). All'età di poco più di due anni ebbe un altro attacco febbrile; poi continuò a prendere il chinino per vari mesi. Un giorno la madre, vedendo la bambina molto stanca e abbattuta, le diede 1 grano di chinino alle 10 del mattino; nel pomeriggio comparve emoglobinuria, che scomparve il giorno seguente, ma ricomparve subito dopo un altro grano di chinino. Sospeso il chinino l'emoglobinuria scomparve. Qualche settimana dopo di nuovo emoglobinuria seguita ad ingestione di chinino.

Due altri attacchi a distanza di qualche settimana, sempre dopo uso di chinino. All'età di 3 anni la bambina fu condotta in Inghilterra; fu consultato l'A. per decidere se la bambina poteva ritornare in Africa. Egli, poichè la bambina era stata bene per sette mesi consecutivi, volle vedere se persisteva l'ipersensibilità al chinino e ne somministrò 1/2 grano al giorno per tre giorni consecutivi, senza effetti spiacevoli. Il 4° giorno ne diede un grano e il quinto la stessa dose; in questo quinto giorno comparvero febbre e ittero con emoglobinuria.

(Nota: 1 *grano equivale a* 6,5 *centigrammi*).

R. LUSENA.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

BASSET, COSTANTINI, JEANNENEY, MAISONNET, MIGINIAC. *Nouveau Traité de Pathologie Chirurgicale*. Edit. G. Doin, Parigi, 1931.

Questo nuovo trattato di Patologia Chirurgica sarà pubblicato in sei volumi di cui i primi due escono ora dalla tipografia.

Il trattato è destinato come è detto nella prefazione allo studente e al chirurgo per lo studio delle affezioni chirurgiche. L'esame clinico ha la parte più importante della trattazione, così i mezzi di diagnosi, le indicazioni terapeutiche.

L'opera è redatta con quella agilità della descrizione e facilità di esposizione cui ci hanno abituato i trattatisti francesi; lo stile è vivace e brillante e il periodo cammina sciolto senza stancare il lettore. La tendenza a uno schematismo forse eccessivo è compensata dalla chiarezza della trattazione.

Le figure sono numerose, in parte originali.

Nel piano del trattato gli Autori si sono mantenuti agli schemi classici di trattati francesi.

Il primo volume redatto dal Miginiac è dedicato alla patologia chirurgica generale, e alla patologia delle ossa, muscoli, vasi, linfatici, articolazioni, nervi. Il capitolo sui tumori in genere è redatto dallo Chatelhier. Il volume è di 1320 pagine con 429 figure e 8 tavole a colori.

Il secondo volume è redatto dal Maisonnet e tratta le affezioni chirurgiche degli arti. La trattazione divisa in senso topografico, riguarda successivamente per ogni regione le affezioni traumatiche, le infiammazioni, le neoformazioni, le malformazioni congenite, ecc. Il volume è di pagine 1520 con 853 figure nel testo.

P. VALDONI.

Raccolta di lavori pubblicati durante l'anno 1930 *dall'Istituto Nazionale « Vittorio Emanuele III » per lo studio e la cura del cancro.* Vol. II, 1931.

Vi sono racchiuse 10 monografie del reparto biologico diretto dal prof. Rondoni riguardanti l'importanza dei lipoidi e della digitonina, del calcio, del magnesio e del potassio sull'accrescimento dei tumori; 1 del reparto di Anatomia patologica diretta dal prof. Pepere con uno studio sui tumori del testicolo; 7 della divisione chirurgica diretta dal prof. Fichera riguardanti il disquilibrio oncogeno e la chemioterapia istogena e i tentativi di cura biologica dei tumori; 2 della sezione ginecologica (prof. Alfieri) con un contributo alla saturno-terapia del carcinoma dei genitali femminili; 9 della

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

sezione radiologica diretta del prof. Perussia riguardanti la terapia fisica dei carcinomi cutanei, delle metastasi, dei tumori delle ossa, dei neoplasmi intra-cranici. In complesso un bel volume di 29 lavori ai quali hanno contribuito 19 collaboratori. R. BRANCATI.

WILLY MEYER. *Cancer*, Paul Hoeber, edit. New York, 1931.

L'A. pubblica questo volume composto di 38 capitoli, di cui i primi 29 sono stati pubblicati mano mano col titolo di « alcune note sul cancro » in vari articoli nel *Journal of Cancer Research*, nel *The American Journal of the medical sciences*, nel *Medical Journal and Record*.

Il libro che consta di 427 pagine è diviso in due parti. Nella prima l'A. tratta dell'etiologia svolgendo ampiamente il capitolo degli agenti infettivi ritenuti come causa del cancro cui dà grande importanza ritenendo come uno stato precanceroso gli stati irritativi cronici. Tratta della divisione cellulare, della differenziazione e della disseminazione delle cellule, dei prodotti di decomposizione di esse, i necroni, e della loro azione sulla divisione cellulare; dei sali contenuti nel sangue e della loro influenza sul metabolismo cellulare; della predisposizione al cancro e della influenza della civilizzazione, dell'età, dell'ereditarietà, dei traumi.

Nella seconda parte tratta della terapia medica dando una grande importanza alla variazione di una alcalosi del sangue dei cancerosi in acidosi che può essere ottenuta con vari mezzi che vanno dalla provocazione di stati febbrili all'uso delle tossine del Coley, dell'impiego della fame e dell'iperemia, alla somministrazione di preparati di calcio e di estratti di paratiroide. R. BRANCATI.

JLSE HAGER. *Beiträge zur Diagnostik der Nierentumoren*. Leipzig, 1931.

L'A. espone in modo succinto e sintetico ma completo le nostre conoscenze su questo importante capitolo di patologia renale riportando i più recenti metodi di indagine su cui particolarmente si estende essendo l'articolo rivolto sopratutto all'esame semeiologico. Egli appoggia la sua esposizione con i dati clinici di 17 casi occorsi nella Clinica dove egli lavora.

Pubblicazione utile per il suo valore didattico di chiarezza e di ordine. V. GHIRON.

SCHÜRMANN, PFLÜGER e NORREMBROCH. *Die Histogenese Ecto-mesodermaler Mischgeschwülste der Mundhöle*. Vol. di circa 90 pag. Thieme, Lipsia.

La prima parte compilata da Schürmann e Pflüger è specialmente interessante per la identicità fra i tumori dei mascellari, che hanno origine dai tessuti dentari (tumori a cellule basali, adamantinomi, odontomi) ed alcuni tumori della sella turcica, di cui riportano due casi, che ritrovano la loro genesi in resti del dotto ipofisario.

Nella seconda parte compilata da Norrenbrock sono riportate le varie teorie per la spiegazione dei tumori misti della parotide che l'autore illustra con varie figure microscopiche. R. BRANCATI.

V. HOFFMANN. *Verlauf der wichtigsten Knochen und Gelenkerkrankungen im Roentgenbilde*. Springer, ed. 1931, Berlino, con testo tedesco e inglese, 584 figure, Marchi 66.

Il libro di Hoffmann diversifica dai libri e dagli atlanti sull'argomento (del resto non troppo numerosi) perchè riproduce dei radiogrammi in serie dello stesso paziente e in periodi diversi della malattia e non — come spesso avviene nei comuni atlanti — radiogrammi di malati diversi in periodo diverso di malattia.

Il testo è breve quanto è necessario per fissare i punti principali dei vari capitoli: infiammazioni acute (ematogene-traumatiche, gonococciche); infiammazioni croniche specifiche (tbc.); tumori; alterazioni di crescenza di circolo e ricambio: reumatismo, artrite deformante; fratture; trapianti ossei.

Figure numerose abbastanza chiare accompagnate da esplicazione in due lingue al disotto della figura. E. MILANI.

W. LÖHR u L. RASSFELD. *Die Bakteriologie der Wurmfortsatzentzündung und der appendikulären Peritonitis*. Vol. di pag. 92 con 46 fig. e 11 tavole. Edit. G. Thieme, Lipsia, 1931.

Gli AA. hanno raccolto in questa monografia delle ricerche in parte già pubblicate in riviste mediche e oggi completate sotto varii punti di vista.

I risultati più importanti avuti nelle loro ricerche possono compendiarsi nell'aver stabilito che la flora microbica delle appendiciti acute non è differente da quella che si rinviene nell'organo sano e che è essenzialmente rappresentata da una serie di germi abitatori abituali del colon.

Importanti sono pure le ricerche su germi anaerobi presenti nell'appendice.

P. VALDONI.

P. STRASSMANN. *Arznei-, diätetische, diagnostische und sozialhygienische Verordnungen für die gynäkologisch-geburtshilfliche Praxis*. Edit. G. Thieme, Lipsia, 1931, V ediz.

È soltanto grazie a uno schematismo rigido e ad una esposizione quasi telegrafica che l'A. ha potuto raccogliere le nozioni più importanti di terapia medica, dietetica, diagnostica e ostetrico-ginecologica in un volume di dimensioni relativamente piccole.

Oltre all'indice delle materie vi è una divisione a guisa di rubrica, sia di sintomi che di gruppi di malattie, divisioni cui corrispondono le indicazioni terapeutiche desiderate. Raccomandiamo vivamente il volumetto per la facilità di consultazione e per la messe di consigli di ordine medico, sociale e deontologico; dati che spiegano la fortuna incontrata nelle edizioni precedenti. P. VALDONI.

F. CALLOMON. *Le affezioni non veneree dei genitali.* Trad. in ital. del prof. M. MONACELLI. F. Vallardi, Milano, 1931. L. 35.

È un'opera preziosa che serve a mettere in valore teorico e pratico una quantità di malattie, più o meno frequenti, ma difficilmente prese in considerazione dai dermatovenereologi e dai medici. Si tratta di tutte le affezioni non veneree che interessano la sfera genito-urinaria, nei settori che appartengono ai confini ben noti della dermatovenereologia.

Vi si trovano pertanto trattate tutte le forme ulcerose non veneree dei genitali, le forme infiammatorie dell'uretra non blenorragiche, le forme morbose non veneree poco note dei corpi cavernosi e delle glandole dell'app. genito-urinario, ecc.

Di particolare interesse appare il capitolo delle forme parassitarie vegetali per l'importanza che esse hanno nei riguardi del prurito e dei così detti eczemi anali.

La traduzione del prof. Monacelli è stata fatta nella 2ª Ediz. tedesca, che l'A. aveva di recente riveduta aggiornata.

Il libro è diretto sopratutto ai medici pratici, i quali pertanto saranno grati all'autore, per aver colmato una così grande lacuna bibliografica.

A. POZZI.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 7 maggio 1931.

Presidente: Prof. JADER CAPPELLI.

Rara forma di rottura dell'atrio sinistro del cuore per infiltrati leucemici del miocardio.

Prof. A. COSTA. — È una osservazione di rottura spontanea dell'atrio sinistro (il 1° caso descritto di rottura spontanea dell'atrio sinistro): tanto più rara in quanto incompleta, cioè con epicardio integro e quindi senza emopericardio. In nessuna recente monografia o trattato si fa menzione di rotture del cuore per infiltrati leucemici. La morte è avvenuta probabilmente appena frantumatasi la parete miocardica e perciò non è avvenuta secondariamente la rottura dell'epicardio. Segue una breve discussione sulla istogenesi dei processi proliferativi che si svolgono nel miocardio e sulla partecipazione delle cellule del sarcolemma.

Lesioni flogistiche a focolaio nell'aorta di difterici.

Prof. A. COSTA. — In alcuni casi di difterite a decorso rapidamente mortale, l'O. ha osservato, e ne dà comunicazione, evidentissimi fenomeni infiltrativi a focolaio negli strati sotto-endoteliali dell'aorta. Egli ravvicina questi reperti a quelli descritti recentemente da B. De Vecchi nell'endocardio di tutti i bambini difterici (valvulite). Interpreta questi fenomeni aortici come reazioni tissurali ai prodotti tossici del germe; valuta l'importanza dei singoli elementi patogenetici (fattori meccanici) e prospetta la evoluzione dei fenomeni descritti, negandone però la correlazione con l'arteriosclerosi.

Il prof. A. COSTA e il prof. D. MARIOTTI riferiscono *su ricerche di istologia comparata sull'apparato capsulare splenico in riferimento al meccanismo della spleno-contrattilità.*

Diverticoli multipli del colon.

Dott. C. PANÀ. — L'O. presenta un caso di diverticolosi diffusa dell'intero colon, in un vecchio di 73 anni. L'esame microscopico, mancando la tonaca muscolare, ha dimostrato che si trattava di diverticoli falsi.

Dopo avere illustrato la morfologia, le complicazioni, gli esiti di tali forme, e discusso le varie teorie patogenetiche, l'O. ritiene che nel suo caso la atrofia della muscolatura del colon, presente anche nelle parti non estroflesse, sia stata unitamente alla grave arteriosclerosi del soggetto, uno dei coefficienti di maggior valore nel determinismo delle lesioni. (Dimostrazione del pezzo).

Cirrosi epatica con adenoma epatocellulare.

Dott. G. PATRASSI. — L'O. descrive un caso di cirrosi epatica con adenoma epatocellulare in uomo di 53 anni. Riassume le moderne concezioni nei rapporti di interdipendenza fra cirrosi e tumori epiteliali del fegato e sulla classificazione di questi ultimi; conferma in base ai dati istologici del reperto personale che i così detti tubuli biliari neoformati altro non sono (nella maggior parte dei casi) che trabecole epatiche compresse ed atrofizzate. Da essi, oltrechè dal tessuto adenomatoso stesso, nel caso illustrato, si originerebbero attraverso attiva proliferazione cellulare i

nuovi acini, alla cui apposizione sarebbe da attribuire l'aumento di volume dell'adenoma. (Dimostrazione di preparati microscopici).

Il prof. P. A. Meineri riferisce *sulla sindrome cutanea a tipo di idroa vacciniforme ed epidermolisi bollosa con porfirinuria.*

Seduta del 28 maggio 1931.

Presidenza: Prof. J. Cappelli.

Problemi neurologici e problemi chirurgici della angina di petto.

Prof. A. Lunedei. — L'O., dopo aver esposte le molte e recenti acquisizioni in tema di fisiopatologia del dolore in genere e del dolore viscerale in ispecie, e dopo aver ricordato come possano essere oggi classificate le sindromi dolorose cardio-aortiche, discute le varie teorie patogenetiche dell'angina di petto giungendo alla conclusione che solo le crisi di spasmo delle coronarie, determinate o non da lesioni anatomiche di questi vasi, possono rendere ragione dell'intervenire della sindrome anginosa vera. Dimostra inoltre come i dati di fatto sui quali si fondano le obiezioni alla tesi coronarica, e sopratutto il fatto della possibilità frequente di lesioni coronariche con infarto e senza angina, non rappresentano affatto un ostacolo all'ammissione della tesi coronarica, ma facilmente si spiegano, applicando a tali casi le leggi fondamentali di fisiologia nervosa e di fisiopatologia del dolore.

L'O. prende successivamente in considerazione i fenomeni cardiovascolari che accompagnano e aggravano spesso le crisi anginose e discute l'importanza che possono assumere nella genesi di tali fenomeni le alterazioni del meccanismo di coordinazione cardiovascolare e soprattutto l'alterata funzionalità dei nervi presso-recettori (depressore e nervo del seno carotideo).

Prospetta quindi i varii scopi che possono aversi con gli interventi chirurgici: impedire i riflessi coronario-costrittori, provocare la vasodilatazione coronarica, correggere i disturbi di coordinazione cardiovascolare onde impedire i fenomeni che ad essi conseguono, impedire il manifestarsi del dolore.

L'O. discute da questi varii punti di vista, i varii interventi che sono stati proposti e attuati, ne spiega i risultati, e giunge alla conclusione che, alla luce dei dati più recenti di fisiopatologia del dolore, l'ablazione del ganglio stellato deve considerarsi l'intervento più logico.

I Segretari: L. Picchi, P. Niccolini.

Società di Coltura Medica Novarese.

Seduta del 2 aprile 1931.

Presidenza: Prof. Luigi Bacialli.

Alcune osservazioni sull'anofelismo e malaria nelle risaie del Novarese.

Dott. Gildo Frongia. — L'O. giunge alle seguenti conclusioni:

1) la risaia coll'andar del tempo, e specialmente in quest'ultimo periodo, è andata gradatamente trasformando la sua fisionomia, sia per la pratica dell'avvicendamento, quasi ovunque esercitata, sia per la coltivazione ovunque resa intensiva, sia per il razionale procedimento di coltura oggi adottato;

2) L'infezione malarica nella provincia di Novara è andata, specialmente nell'ultimo ventennio, gradatamente diminuendo, di pari passo colle modifiche portate nelle risaie, riducendosi oggi quasi a zero;

3) L'attenuazione e scomparsa della malaria non può attribuirsi ad una diminuzione del numero degli anofelini, essendo questi presenti in grado elevatissimo nelle regioni risicole del novarese. Su 100 esemplari, 94 sono di *A. claviger* o *maculipennis*, 4 di *superpictus* e 2 di *pseudopictus;* non si trovarono esemplari di *bifurcatus.*

4) L'anofelismo senza malaria nell'ambiente delle risaie deve attribuirsi con ogni probabilità, benchè non possa ancora affermarsi con certezza, alla perduta attitudine da parte degli anofelini della risaia, per la loro organica trasformazione, di contrarre l'infezione, ossia di consentire l'attecchimento dell'ematozoo malarigeno colla puntura dell'uomo malarico;

5) Non fu possibile sperimentalmente ottenere il trapianto della malaria dall'uomo malarico agli anofelini delle risaie del Novarese.

Seguì una discussione.

Stenosi mitrale pura nell'infanzia.

Prof. Piero Fornara. — L'O. ricordate le discussioni concernenti l'esistenza — ammesse dagli uni, negate dagli altri — di una speciale forma di stenosi mitrale pura nell'età infantile (malattia di Duroziez), sulla cui eziopatogenesi esistono analogamente vivaci dispute, e di cui l'O. si occupò nella propria relazione al XIII Congresso Nazionale di Pediatria, espone tre casi osservati in ragazze di 5-6-13 anni in cui clinicamente e radiologicamente esisteva un quadro di stenosi mitrale pura: in uno di questi casi vi era una antecedente storia, di sicuro reumatismo articolare acuto, in un altro l'anamnesi riferiva di parecchie tonsilliti a ripetizione.

L'A. dopo avere esposte — di confronto — radiografie cardiache di vizi mitrali complessi e di cardiopatie congenite diverse, conclude doversi ammettere l'esistenza nell'età infantile di una stenosi mitrale clinicamente pura, che è almeno nel maggior numero dei casi ricongiungibile ad una pregressa particolare endocardite. Seguì discussione.

Il prof. Giuseppe Vercelli riferisce *un caso di neoplasma cerebrale che simula una emorragia ingravescens.*

Calcificazioni ghiandolari diffuse.

Prof. Ludovico Armani. — L'O. riferisce su di un'inferma che gli è stata mandata con diagnosi di calcolosi renale. Le radiografie fecero scoprire l'esistenza di numerosissime ghiandole calcificate, disseminate lungo tutta la colonna vertebrale, sparse nel bacino, nelle ascelle e nelle regioni latero cervicali. Si seppe allora che la donna, all'età di pochi anni, aveva sofferto di suppurazioni ghiandolari al collo er era stata sottoposta a lunghissime cure elioterapiche. L'interesse del caso è dato dalla sua rarità e dalla riproduzione della diffusione tubercolare quale si ha nel coniglio per inoculazione nell'orecchio.

Il prof. Ottavio Cipollino riferisce *un caso di frattura della spina iliaca antero-superiore da strappo muscolare.*

Il dott. Guglielmo Lavatelli fa delle considerazioni *sulle paranefriti.*

Il Segretario: Dott. Rinaldo Micotti.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

L'interpetrazione del dolore nell'infanzia.

Poichè il bambino non è capace di esprimere le proprie sensazioni dolorose localizzandole nei vari organi, è necessario che il medico si lasci in primo luogo guidare dalle manifestazioni generali che in tale età sogliono accompagnarle, e cioè dal carattere del pianto, dall'aspetto e dalla posizione assunta. e in secondo luogo, conosca le principali cause che le producono. Ne fa un breve elenco, con cenni di patologia e di terapia W. Sheldon (*Brit. Med. Jour.*, 28 marzo 1931).

Nell'ambito dell'apparato gastro-intestinale si tratta per lo più di dolori da indigestione, i quali talora sopravvengono a crisi, come nelle comuni coliche dell'adulto. La stomatite catarrale e quella ulcerosa sono poi spesso causa di difficoltà dolorosa nella suzione, sì da far rifiutare il poppatoio e qualunque altro cibo. Ma anche la stitichezza ostinata, con formazione di feci dure, le ostruzioni per strangolamenti erniari o volvoli, e le ragadi anali dovranno talora essere considerate.

Una delle cause più frequenti è l'otite, specie nei periodi influenzali, e il medico, visitando un bambino che ha febbre senza causa apparente, e grida molto, dovrà sempre pensarci.

La dentizione, invece, è per lo più accusata a torto, limitandosi piuttosto a generare irrequietezza, insonnia, inappetenza.

Le malattie endocraniche, quali le meningiti, i tumori e l'idrocefalo causano sempre dolori acuti.

Anche le affezioni delle vie urinarie possono decorrere con manifestazioni dolorose e, accanto alla cistite e pielite, bisogna porre anche la non rara ulcerazione del meato urinario, che si produce sopratutto nei circoncisi.

Le affezioni del torace provocano dolori anche nell'età infantile, ma il loro carattere non è ben definito, e la diagnosi è aiutata maggiormente dalle modificazioni del respiro.

Vi è infine la categoria assai numerosa delle affezioni dolorose degli arti, tra le quali va compresa l'epifisite luetica dei piccoli lattanti, lo scorbuto, l'osteomielite. Anche la poliomielite, nei primi giorni di malattia, può riuscire notevolmente dolorosa. M. FABERI.

L'epinefrina nella diagnosi di angina pectoris.

La scoperta che l'epinefrina provocava degli attacchi di dolore anginoso tipico in un paziente con angina pectoris, indusse S. Levine, C. Ernsten e B. Jacobson (*Arch. intern. méd.*, febbr. 1930) a studiare gli effetti di tale prodotto per vedere quale di essi potesse essere utilizzato a scopi diagnostici.

Su 11 pazienti, 10 ebbero ad accusare il tipico attacco di dolore, dopo circa 20 minuti dalla somministrazione. Invece, nessuno degli individui di controllo esaminati ebbe ad accusare nulla salvo un vecchio il quale, tre minuti dopo l'iniezione, ebbe una sensazione di oppressione dietro l'appendice xifoide.

Nei 10 individui anginosi che reagirono, si ebbe un aumento medio di pressione sistolica di 38 mm. di mercurio, nei limiti da 12 a 100. Tutti ebbero i sintomi ed i segni caratteristici per l'epinefrina. Nell'elettrocardiogramma, l'onda **T** subì un leggero aumento di ampiezza negli anginosi, mentre ebbe tendenza a diminuire negli altri. *fil.*

Studi sull'attività del simpatico lombare.

Un progresso nella chirurgia del simpatico è stata l'introduzione di prove funzionali capaci di rivelare il suo interessamento in determinati casi. È così possibile di selezionare i casi e di intervenire non empiricamente, ma con fondate probabilità di successo. Per stimare l'azione del simpatico lombare in una determinata sindrome Morton e Scott (*Ann. of Surgery*, dic. 1930) propongono di eliminare la sua azione mediante la rachianestesia.

Così nel megacolon si può vedere dopo rachianestesia insorgere una intensa efficace peristalsi colica. Nelle lesioni vasali spastiche aumenta la temperatura locale dell'arto, mentre ciò non avviene nelle lesioni organiche. Gli AA. ritengono il loro metodo più completo, più sicuro e meno dannoso di quello di provocare artificialmente elevazioni di temperatura mediante iniezioni di proteine eterogenee. Gli AA. hanno potuto dimostrare un fattore vasospastico anche in casi di ulcere trofiche, edemi di artriti traumatiche, poliartriti. Non sono però in grado di specificare quale possa essere la sua importanza.

Hanno invece utilmente usato la rachianestesia per differenziare i dolori di origine simpatica da dolori su base psiconeuropatica.

Hanno visto come la ganglionectomia lombare migliora le condizioni circolatorie nelle estremità inferiori sedi di deformazioni conseguenti a spina bifida.

MANFREDO ASCOLI.

Un segno per differenziare il dolore addominale della parete dal dolore di origine endoaddominale.

Rubenstone (*The Journ. of the Amer. Med. Ass.*, 13 dic. 1930) ha osservato che il dolore di origine endoaddominale non si attenua quando il p. è voltato su un fianco, ma anzi si aggrava. Nei malati che hanno dolore addominale, dovuto all'articolazione sacro-iliaca, il dolore si attenua dallo stesso lato su cui il

p. decombe probabilmente per l'immobilizzazione dell'articolazione dolente. Egli ha notato questi fatti molte volte e ritiene che la scomparsa o no del dolore sul decubito laterale abbia valore diagnostico. R. Lusena.

CASISTICA E TERAPIA.

Un caso di aneurisma della punta del cuore.

P. Harvier e J. Caroli (*Paris Médical*, n. 27, 1930) fanno rilevare come i casi di aneurisma del cuore, diagnosticati durante la vita siano eccezionali e ne riferiscono un caso da loro osservato e studiato dal punto di vista clinico, radiologico e anatomico.

Si trattava di una donna di 64 anni ricoverata nell'Ospedale Beaujov per dispnea, aumentata con gli sforzi, nell'aprile 1930.

Questi disturbi comparvero all'improvviso nel maggio 1928. La paziente avvertì, senza causa, dolore retrosternale senza angoscia nè irradiazione dolorosa. Gli sforzi determinarono dispnea.

All'esame obiettivo si diagnosticò una insufficienza cardiaca con predominanza epatica; non fegato grande, duro, dolente; milza si palpa; non edemi.

All'ascoltazione nessun segno particolare tranne un'aritmia a tipo extrasistolico.

La palpazione della regione precordiale fece rilevare sul bordo sinistro del cuore, due centri di battito sistolico; il primo nel IV spazio intercostale, e il secondo nel IV spazio, un po' più all'esterno. L'*esame radiologico* dimostrava che il *ventricolo sinistro era bilobato*. Quantunque la Wassermann fosse negativa, esisteva il segno di Argyl-Robertson. A confermare l'esistenza della lues stavano la durezza tipica del fegato e la splenomegalia.

La paziente inoltre presentava delle assenze epilettiche, e in una crisi violenta di tal genere morì il 30 maggio 1930.

L'autopsia dimostrò una pericardite adesiva, un aneurisma della punta del cuore e una obliterazione delle coronarie, riscontrata con l'esplorazione al radiolipiodol oltre ad edema meningeo, stasi polmonare, fegato ingrandito, duro e milza dura, aumentata tre volte di volume.

La massa aneurismatica misurava 6 centimetri di altezza, 7 1/4 di larghezza e 6,1/2 centimetri di spessore.

La sua parete era costituita da tessuto fibroso e il ventricolo sinistro era bilobato. L'aorta era dilatata, senza sintomi sifilitici o arteriosclerotici. Tale lesione può riassumersi così: coronarite obliterante, che ha determinato un *aneurisma sacculare* della punta del cuore.

La rarità del caso è rappresentata dalla diagnosi clinica in vita. Secondo Pletneuw su 300 casi 6 volte solamente la diagnosi fu fatta durante la vita.

La caratteristica di questa osservazione sta nella presenza di un centro *anormale dei battili*. È per tale sintoma associato alla *deformazione del profilo cardiaco allo schermo* che si è potuta diagnosticare la lesione.

T. Laurenti.

La dimensione del cuore nel gozzo.

Dalla letteratura si ha l'impressione che l'aumento di volume del cuore sia un reperto frequente nell'ipertiroidismo e dipenda da questo. Hurxthal, Menard e Bogan (*The American Journal of the Medical sciences*, dicembre 1930) hanno voluto studiare accuratamente il problema con indagini radiologiche in 100 ammalati di ipertiroidismo e facendo il controllo in 100 ammalati di gozzo senza ipertiroidismo.

Essi fecero delle teleradiografie.

Per prima cosa essi osservano che in malati con gozzo si può avere dei cardiaci in proporzione uguale a quella dei cardiaci fra non gozzuti. Le malattie di cuore coincidenti col gozzo sono: vizi da reumatismo, ipertensione e alterazioni miocardiche da lesioni coronarie.

La frequenza dell'aumento del diametro trasverso del cuore nei gozzi con ipertiroidismo è stata del 46 %, mentre è stata del 41% in quelli senza ipertiroidismo. Quest'aumento del diametro del cuore è più frequente nell'età più avanzata e non è in rapporto colla maggiore durata dello stato tossico (negli ipertiroidei), nè colla perdita di peso del malato.

Si deve concludere che se l'ipertiroidismo dà aumento delle dimensioni del cuore, lo fa in maniera moderata.

Nel gozzo senza ipertiroidismo l'aumento di volume del cuore si può mettere in rapporto colla stenosi tracheale, secondo alcuni.

R. Lusena.

Le modificazioni del volume del cuore dopo le cure di dimagramento.

Scharpff (*Deutsch. Arch. Klin. Med.*, Bd. 165) ha esaminato il cuore di 51 adiposi — sofferenti o no di cardiopatia — praticando dei teleradiogrammi prima e dopo le cure intraprese per il loro dimagramento.

Negli obesi sani il volume del cuore è sensibilmente diminuito solo quando il dimagramento ha raggiunto i 7 chili; nei 3/4 dei malati il cuore ha presentato un volume superiore alla norma.

Nei cardiopazienti obesi e ipertesi, la diminuzione del volume cardiaco si è ottenuta soltanto, quando insieme col peso corporeo è diminuita anche la pressione arteriosa.

La diminuzione del cuore è dovuta al fatto che, col diminuire dell'obesità, vengono eliminate molte cause di resistenza periferica, e il cuore che si era dilatato sotto la loro dannosa azione, torna a restringere le sue cavità.

Negli obesi giovani il cuore non aumenta di volume: quando ciò avviene, bisogna pensare che il miocardio non sia sufficientemente sano e resistente. V. SERRA.

Ippocratismo digitale ed endocardite infettiva.

P. Harvier (*Paris méd.* 13 dic. 1930) riporta alcuni casi in cui la presenza di deformazioni ippocratiche delle dita era connessa con l'endocardite lenta. In uno, l'evoluzione non ha oltrepassato un mese; emocoltura negativa. All'autopsia si riscontrarono le lesioni di endocardite ulcero-vegetante. In un altro, si aveva endocardite infettiva da tetrageni; l'evoluzione si prolungò per 8 mesi, con notevoli ondulazioni della curva termica e tre emocolture positive. A partire dal quinto mese, ippocratismo digitale.

In altri due casi, si ebbero gli stessi reperti. In complesso (pur senza dire che tale segno possa, da solo risvegliare l'idea di un'endocardite, tanto più che esso è incostante, pure essendo più frequente che non le nodosità di Osler a cui si attribuisce tanta importanza, si può asserire che l'ippocratismo digitale, quando esiste, può assumere un significato notevole, specialmente nei casi frusti di endocardite (forme apirettiche, forme renali, ecc.) in cui la diagnosi rimane esitante e si presta a discussione. *fil.*

La terapia delle endocarditi.

S'impone anzitutto il trattamento preventivo, nel senso di curare intensamente ed a lungo i reumatismi, anche i più benigni in apparenza, specialmente nei giovani; utile è l'associazione con la medicazione solforata.

Accurata sorveglianza igienica dei cardiaci, prevenzione e trattamento di tutte le infezioni secondarie.

Per quanto riguarda la terapia vera e propria, si seguiranno le linee seguenti:

1) Medicazione tonicardica, la sola da usarsi nelle endocarditi cicatriziali e soltanto quando sia diventata necessaria; da usarsi prudentemente nelle endocarditi in attività e preferire, in tal caso, alla digitale ed alla uabaina (tossici pr il miocardio) la canfora ed i derivati. Tale medicazione potrebbe essere dannosa e dovrà passare in seconda linea nelle endocarditi suscettibili di dar luogo ad embolismi.

2) Medicazione sedativa del cuore: ghiaccio in posto, antinervini a piccole dosi.

3) Medicazione anti-infettiva che potrà essere: *a*) *specifica*: salicilici, se si tratta di reumatismo, per via endovenosa, eventualmente associati allo zolfo o vaccini (di efficacia assai dubbia); *b*) polivalente: i mezzi terapeutici non mancano, sono anzi troppo abbondanti per essere molto sicuri; sono consigliati i metalli colloidali, le chemioterapie diverse (urotropina, tripaflavina, mercurocromo, ecc.), alcune inefficaci, altre pericolose, l'ascesso di fissazione, dal valore più che discutibile, il sublimato per iniezioni endovenose, ecc. Gli insuccessi sono la regola nelle endocarditi maligne; soltanto quelle reumatiche si giovano dei preparati salicilici.

L'importante è di colpire presto ed a fondo l'infezione reumatica per tentare di impedire la costituzione di un'endocardite e la sua trasformazione maligna. La medicazione salicilica preventiva costituisce, in fondo, la sola terapia attiva delle endocarditi.

(L. Langeron. *Journ. de Méd. de Paris*, 11 dicembre 1930). *fil.*

Crisi di tachicardia parossistica, arrestate dal chinino endovenoso.

Géraudel e Mouquin — della Scuola di Vaquez — riferiscono (*Le Bulletin médical*, n. 9, 1931) un caso molto interessante di tachicardia parossistica — con ritmo interno a 200 — che venne troncata 6 volte — in occasione di ripetute crisi — con l'introduzione endovenosa di:

Cloridrato basico di chinino	0,25
Uretano	0,20
Siero fisiologico	3 cc.

Subito dopo l'iniezione si verificò — come dimostrano i tracciati, una pausa — una « frenata » brusca, con ritmo ora a 90, ora a 80, e a cui fece seguito un ritmo, ancora rapido, ma assai meno di prima (115-120).

In base all'esperienza fattasi in questo campo, gli AA. consigliano la cura del chinino endovenoso — alla dose già descritta — nella tachicardia parossistica (v. anche Wenckebach).

L'iniez. deve essere iniziata alla dose di 0,25: se questa risulta insufficiente, si può ripetere dopo qualche ora, una dose doppia; nel caso, si può anche. fare, dopo qualche ora o un giorno dopo, una terza iniezione di 0,80.

L'iniez. deve essere nè troppo lenta nè troppo veloce: la sua durata sarà, circa, dai 20 ai 30 secondi.

L'infermo avverte qualche fugace disturbo (nausea, senso di calore, ecc.) che — pur essendo senza importanza — disturba la presa dei tracciati. V. SERRA.

L'estratto di adonide nello scompenso cardiaco.

L'adonide (*Adonis vernalis*) viene talvolta usata con vantaggio nei cardiaci. I tentativi di isolarne il principio attivo non hanno finora condotto a risultati importanti, sicchè si presenta più utile l'uso dell'estratto totale. Sopra un preparato di tal genere ha sperimentato A. Marinello (*Cuore e circolazione*, marzo 1931), usando un estratto dosato biologicamente ed introducendolo per via endovenosa ed endomuscolare.

Il preparato non ha azione tossica, mentre sono evidenti le sue proprietà cardiotonica e

diuretica. In pazienti con gravi forme di scompenso cardiaco, si ebbero risultati nettamente buoni, portando miglioramenti tali da dare il compenso in individui che presentavano uno squilibrio circolatorio che lasciava molti dubbî sull'esito della cura.

Somministrato per via endovenosa, il medicamento manifesta le sue proprietà cardiotoniche e di pronto analettico, determina diminuzione del numero delle pulsazioni, aumenta spesso la tensione ed il volume del polso, regolarizza il ritmo dei battiti cardiaci modificando tutta la funzione cardiaca nel senso del miglioramento.

Talora veramente sorprendente è l'azione sulla diuresi, che è molto più evidente con le iniezioni endovenose che con quelle endomuscolari; il massimo d'intensità della diuresi si raggiunge dopo 3-4 iniezioni.

Risulta, in complesso, che l'estratto di adonide è un cardiotonico valido e ad azione sicura che può sostituire qualsiasi altro farmaco nello scompenso e presenta, sugli altri, il vantaggio di non avere azione cumulativa e di avere notevole effetto diuretico. La sua somministrazione, inoltre, sarà utile in tutti i casi di debolezza cardiaca dovuta a malattie debilitanti ed infettive, poichè in tali casi dovendosi continuare a lungo la cura, più difficilmente si potrà usare la digitale per i fenomeni di accumulo e di intossicazione che provoca. Può darsi che molte altre forme di affezioni cardio-vascolari risentano vantaggio da tale rimedio.

Le dosi usate sono state di 5-10 cmc. di estratto (corrispondenti a cg. 25-50 di droga secca) per via endovenosa. *fil.*

IGIENE.

La vaccinazione antitubercolare Calmette Guérin nella lotta contro la tubercolosi infantile.

In un breve articolo pubblicato in *Nourrisson* (gennaio 1931) il dott. A. Wallgren parla dei risultati ottenuti in Göteborg con la vaccinazione antitubercolare B. C. G.

Tale vaccinazione fu iniziata nell'anno 1927, ed il vaccino fu somministrato non per via orale, secondo il metodo Calmette, ma per via ipodermica, in quanto l'allergia tubercolinica si ottiene più rapidamente e più sicuramente con questo procedimento.

Naturalmente il bambino venne tenuto lontano da ogni contagio tubercolare, fino al comparire dell'allergia.

In tre anni furono vaccinati 106 neonati, e di questi 44 non vennero fino ad ora mai in contatto con tubercolosi, mentre 62 vissero invece con tubercolosi contagiosi per 2 mesi al minimo; il maggior numero per 6, 9, 24, 36 mesi.

I 62 bambini furono sottoposti recentemente ad un esame clinico e radiologico e in nessuno si poterono mettere in evidenza lesioni tubercolari clinicamente dimostrabili; all'esame radiologico due soli presentarono una affezione sospetta degl'ili polmonari.

I risultati favorevoli ottenuti, secondo l'A. dovrebbero essere messi in rapporto in parte con l'azione del vaccino, in parte anche con il fatto che nessun bambino fu a contatto con tubercolosi durante le prime 6 settimane di vita che anzi la maggior parte di essi visse lontano da ogni contagio fino all'età di 6 mesi.

L'A. fa osservare che a Göteborg da quando si è iniziata la profilassi antitubercolare con il vaccino B. C. G., la mortalità generale dei lattanti per tubercolosi si è abbassata del 35 % e questo si deve certamente a due fattori, e cioè l'immunità specifica conferita dal vaccino e l'isolamento dei bambini nell'età più pericolosa per il contagio. C. NERVI.

Ricerche comparative sul valore antigene di alcuni vaccini antidifterici.

Artusi e Migliori (*Riv. di Clin. Ped.*, n. 4, 1931) hanno eseguito la vaccinazione antidifterica in un complesso di 305 bambini da 1 a 11 anni di età, usando a tale scopo 3 tipi di vaccino: l'anatossivaccino di Ramon (fornito in parte dall'Ist. Sier. Nazionale e in parte da Behring), il vaccino T.A.F., l'unguento protettivo di Löwenstein.

I migliori risultati si ottengono col primo tipo, specialmente modificando la tecnica classica di Ramon, col praticare 4 iniezioni di 0,2-0,4-0,8-1 cmc., a distanza di 5 giorni l'una dall'altra.

Il secondo tipo procurò immunizzazione rapida e completa dei soggetti, ma si dimostrò poco maneggevole per le forti reazioni locali e generali provocate.

Il terzo infine, per quanto di applicazione molto comoda e facile, fornì resultati del tutto insufficienti, non riuscendo ad immunizzare nemmeno il 50 % dei soggetti.

Il controllo fu eseguito in tutti i casi per mezzo della Schick e, nel 10 %, anche col dosaggio dell'antitossina col metodo di Römer.

M. FABBRI.

Considerazioni su la gonorrea infantile e la sua profilassi.

Il problema della gonorrea infantile ha sempre richiamato l'attenzione dei venereologi per la sua difficoltà dal punto di vista terapeutico e per la sua importanza dal punto di vista sociale. Si tratta specialmente di un problema di profilassi, data la grande facilità con la quale specialmente le bambine vanno incontro all'infezione gonococcica quando nell'ambiente in cui vivono vi sia una fonte di contagio.

Dopo aver accennato all'aumento di infezioni blenorragiche nell'infanzia osservato in questi anni in Germania, Edm. Hofmann (*Die*

medizinische Welt, 1930, n. 43) passa in rassegna le varie misure necessarie per impedire la diffusione della gonorrea infantile — obbligatorietà di un esame fatto da uno specialista prima dell'ammissione in collegi e istituti, visite periodiche nelle scuole, ecc.

Si deve cercare per quanto è possibile di prevenire la possibilità di un'infezione per la guarigione della quale sono necessarie cure lunghissime che rendono il più delle volte necessaria l'ospedalizzazione del piccolo infermo e che, con le continue manovre terapeutiche locali che richiedono, non possono non influire sfavorevolmente su lo spirito del bambino richiamando la sua attenzione su la sfera genitale e costituendo la causa di disturbi psichici e di perniciose abitudini (masturbazione ecc.). MONACELLI.

TECNICA.

Nuovo metodo per dimostrare la incompatibilità dei sangui per la trasfusione.

Allo scopo di evitare gli inconvenienti, talora cospicui, della trasfusione del sangue, J. Lucio Ymaz (*Jornal dos Clinicos*, 15 maggio 1930) propone un metodo semplice e che egli crede di grande utilità pratica.

La base teorica del metodo, risiede nel noto choc colloidoclasico che si produce nel plasma del rivecente in seguito ad una piccola iniezione endovenosa di sangue incompatibile: tale choc non si manifesta in genere con sintomi apprezzabili, ma con segni che esteriorizzano un passeggero squilibrio vago-simpatico che si rivela nel sangue periferico con una leucopenia, con una tendenza alla inversione della formula leucocitaria, e lieve discesa della pressione diastolica. Si comincia dunque con una numerazione dei globuli bianchi dell'infermo ricevente, con una accurata formula leucocitaria e con la determinazione della pressione arteriosa per mezzo dell'oscillometro di Pachon.

Ciò fatto si iniettano in una vena della piega del gomito cc. 2-3 di sangue citratato del probabile donatore e tre minuti dopo si ripetono le ricerche antecedenti.

Se nel sangue periferico si riscontra una sia pur lieve leucopenia, con inversione della formula leucocitaria, vuol dire che il sangue del donatore è incompatibile e va rifiutato.

L'A. pratica questo metodo fino dal 1923 nella Clinica Medica di Buenos Aires su di un buon numero di pazienti ed ha potuto convincersi della precisione della investigazione con esso ottenuta nei riguardi della incompatibilità dei sangui.

Esso dà una sicurezza assoluta nel prevenire gli accidenti da trasfusione, mentre che è di facile esecuzione e non arreca al p. la men che minima molestia.

VICENTINI.

VARIA.

Sul problema della costituzione della personalità.

(LANGE. *Med. Klin.*, n. 13, 1931).

Sebbene apparentemente non di attinenza medica, pure questo argomento ha con la medicina interna multipli punti di contatto; la psichiatria si è oggi ancorata in piena medicina, e noi sappiamo che i problemi di fisiopatologia hanno un riflesso preciso sulla personalità dell'individuo.

Se un individuo adulto soffre una ingiustizia, egli può reagirvi in maniera diversa; non curarsene affatto, ritenerla meritata ed affliggersi, preparare una vendetta per il futuro, assalire subito colui che la compie a suo danno e tentar di sopprimerlo oppure, allargando il campo d'azione, ricorrere alla pubblica giustizia, diffondere ovunque le sue querele ed elevare la questione del suo diritto personale a quello del diritto in genere; così si spiega il personaggio di Michael Kohlhaas — descritto dal Kleist — che per una piccola offesa a torto fattagli — si gettò in un'ardente lotta con due Elettori del Sacro Romano Impero e finì sulla ruota. Questi diversi modi di reagire ad una stessa causa sono l'indice di una diversa personalità.

In genere nella famiglia di questi individui, si trovano facilmente altri membri, talora tutti gli altri membri che presentano le stesse caratteristiche, tutta gente di ferro, che non si piega, e non si raccomanda; e, accanto ad essi, troviamo diverse, ma pur sempre vicine, sfumature di personalità anormali, i sognatori, quelli che vivono di castelli d'aria, e sono così lontani dalla realtà come i loro consanguinei bellicosi, però con maggior mitezza, e da qui ci avviciniamo al grande cerchio delle malattie schizofreniche.

Nel campo della medicina, le prime osservazioni sulla personalità hanno già dato qualche frutto: e si conosce lo stato depressivo del tireoprivo, la facile stancabilità dell'ittero, la apatia dell'addisoniano. Tuttavia precise vie che ci portino dalle modificazioni patologiche sia del mondo fisico che sensoriale alle turbe della personalità non sono state ancora tracciate: malgrado questo, però, oggi non possiamo più considerare separate tra loro la vita psichica e quella somatica; la nostra personalità psichica è un'espressione di tutta la nostra persona: e la struttura della personalità psichica procede di pari passo con quella del corpo.

L'A. cita l'esempio di un giovane di 27 anni, molto attivo e intelligente, dedito ad una vita energica e attiva e incline alla carriera politica: una poliomielite lo fulmina, annientando la muscolatura di entrambi gli arti inferiori e di una parte del braccio destro: tuttavia non si abbatte e — con l'aiuto di un apparecchio ideato da sè stesso — finisce per riprendere

un po' di atttività, frequenta teatri e concerti, si mostra socievole e gaio — insomma non ha la « psiche dello storpio » — quella psiche che è impastata d'invidia per i sani e di rancore per la natura matrigna e che rappresenta di per sè l'esempio di una modificazione della personalità sotto influenze fisiche.

Nel malato in questione nulla di tutto questo, però il suo stato psichico ha subito una profonda modificazione. L'uomo energico — per cui ogni ostacolo era stimolo di nuova attività — è divenuto un passivo — un debole; contemporaneamente gli si aprono nuovi insospettati orizzonti, i segni delle sensazioni squisite gli si schiudono, egli si appassiona alle belle arti e incline verso la concezione ebreo-cristiana, di una religione monoteistica.

La poliomielite è stata la causa di questo mutamento profondo: e noi abbiamo a che fare con una trasformazione della personalità basata su una riduzione diffusa della sostanza muscolare.

E non si tratta di una osservazione isolata; è noto come l'estrema stanchezza muscolare ci riduce alle condizioni dell'uomo primitivo; e si sa che gli individui a muscolatura debole hanno generalmente una debole personalità (i tabici, gli astenici) ecc.; i filosofi e i santi sono spesso dei fisicamente deboli.

E gli schizofrenici, sensibili, emotivi con le loro fantasie cosmiche e i loro meravigliosi mondi religioso-mistici sono di debole muscolatura — in confronto ai catatonici robusti — dalle idee e dagli impulsi elementari.

Se già la diminuzione della potenza muscolare esercita un riflesso sulla personalità, quale maggiore influenza dobbiamo attenderci dalla castrazione!

Non intendiamo parlare qui di coloro che sono stati resi impotenti prima di aver raggiunto la maturità sessuale, ma di quelli che lo sono stati dopo. Quando quel « primo motore » che popola il giorno e la notte di sogni, che fa dell'eroe uno schiavo e spinge il vile ad un atto di coraggio, si spenge, tutto il mondo dei pensieri deve cambiare profondamente.

Sorgono così delle personalità depressive — che guardano il mondo con sgomento e ne temono la beffa — il giudizio; così come succede per i giovani onanisti; ma vi sono eccezioni nei due sessi, giacchè da un lato molti individui riacquistano, dopo una fase di depressione, il loro controllo, e poggiando su altri valori (coraggio, talento ecc.) si riformano una personalità virile; ed altri che dalla loro sventura non si rimettono più e la guerra ne ha mostrato alcuni tragici esempi.

Un esempio — noto in Germania — è quello di Haeusser, che dopo aver condotto nelle grandi capitali del mondo una vita di lussi e di amori avendo perso a 30 a. la potenza virile se ne andò peregrinando per la campagna scalzo miseramente vestito, predicando l'astinenza, condannando il peccato e raccogliendo intorno a sè gran numero di proseliti.

Senza arrivare a questi estremi, infine, si sa oggi che gl'iposessuali hanno una loro particolare personalità.

Un altro mutamento profondo si osserva nei ciechi, anche qui — naturalmente — in quelli che lo son diventati (la guerra!), non nei ciechi nati.

E' con meraviglia, con commosso stupore che noi ritroviamo nella maggioranza di questi grandi infelici un senso di serenità che mal si riesce a spiegare.

Certamente la loro personaltà subisce nelle tenebre un mutamento profondo: ricerche sperimentali sull'animale hanno dimostrato che l'accecamento porta ad un'atrofia delle glandole sessuali e ad un indebolimento del tono muscolare in genere.

I ciechi sono fisicamente dei deboli, il loro metabolismo basale è diminuito, essi sono remissivi e rifuggono dalle manifestazioni clamorose: vivono in un loro mondo raccolto.

Milton — audace e ardente capo della lotta del popolo inglese contro la tirannia regale — a 50 anni diviene cieco: ed ecco nascere i capolavori religiosi, solenni e sublimi — e il canto di Sansone — « l'uomo che perse la forza ».

Che le tenebre eterne debbano mutare la personalità dell'uomo non ci stupisce; si sa l'effetto deprimente sul nostro spirito di certi lunghi giorni grigi e piovosi, e si conoscono le tragiche avventure degli esploratori polari.

Nei parkinsoniani infine — nella cosidetta sindrome pallida — ancora una volta le manifestazioni motorie si riflettono su quelle psichiche e intellettuali, creando degli individui rigidi, senza iniziative, senza impulsi, reagenti appena e solo temporaneamente agli stimoli esterni. Nelle psicosi di Korsakoff in cui domina il danno gravissimo della memoria, per cui l'infermo dopo aver sofferto uno stimolo doloroso — qualche minuto dopo ha già completamente scordato ogni cosa — e si offre di nuovo placidamente, noi troviamo delle profonde trasformazioni dello spirito, delle personalità senza futuro, senza preoccupazioni, senza conflitti, senza valori morali, di soggetti senza *io*.

In conclusione noi dobbiamo dire che ogni lesione del corpo vivente non resta senza effetto sulla personalità psichica; la figura del nostro corpo, del nostro cranio, delle nostre mani, i nostri capelli, la nostra cute, tutto ha un riflesso psichico; non solamente dunque i turbamenti della sfera della psiche (dolore, collera ecc.) esercitano una influenza negli organi del nostro corpo; ma questi ultimi sono, nelle loro molteplici manifestazioni di sofferenze, di sviluppo, ecc., intimamente responsabili di modificazioni dello spirito umano.

V. SERRA.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

A proposito dei concorsi a Primario degli Ospedali.

L'articolo che segue era stato inviato al nostro periodico dal prof. Alessandri subito dopo la decisione del concorso a tre posti di chirurgo primario presso gli Ospedali Riuniti di Roma, avvenuta nel giugno 1930.

Si stimò allora opportuno di sospendere la pubblicazione, poichè era stato elevato un ricorso per l'annullamento degli atti di quel concorso.

Il recente articolo del prof. Gaifami sui concorsi per le Maternità, nel quale sono consegnati rilievi giustissimi, inserito nel fasc. 26, c'induce a pubblicare anche l'articolo del prof. Alessandri, il quale prospetta altri lati del grave problema dei concorsi e fa considerazioni d'interesse generale.

Le ragioni di riserbo che avevano consigliato la sospensiva sono ora cessate, e l'articolo torna d'attualità poichè il ricorso suddetto è stato accolto e quindi il concorso a chirurgo primario si dovrà ripetere.

Ora che da qualche tempo è stato espletato il concorso a tre posti di Chirurgo Primario degli Ospedali di Roma, e se ne annunzia un altro per Primari Medici, mi sia permesso di sottoporre al giudizio dei colleghi (professori universitari e primari d'ospedale) alcune considerazioni sul modo con cui vengono giudicati questi concorsi, considerazioni che per ragioni di opportunità non ho creduto pubblicare durante lo svolgimento delle prove, nè subito dopo.

La questione non è di piccola importanza, poichè si tratta non soltanto della carriera e della definitiva sistemazione di giovani valorosi, che hanno fatto un lungo tirocinio e lavorato e studiato intensamente e meritano quindi che il giudizio sulla loro capacità venga dato nel modo più giusto e sereno possibile, ma anche di un posto, che l'interesse delle amministrazioni ospitaliere e soprattutto dei malati richiede venga raggiunto dai meglio preparati e più esperti, e anche nell'interesse ancora maggiore della Nazione, per l'attività scientifica e pratica nel campo professionale.

Il mio scopo è soltanto quello di provocare una discussione che mi auguro proficua, poichè dalle varie opinioni, che saranno anche divergenti, risulteranno spero dei suggerimenti, che potranno illuminare le superiori autorità, da cui dipendono le eventuali modificazioni ai regolamenti.

A me basta, per mia parte, affermare la mia onesta intenzione di cercare di giovare alla migliore scelta dei giovani primari, senza alcun preconcetto di scuola o di indirizzo e senza alcuna considerazione personale.

* * *

E anzitutto della Commissione giudicatrice. È del tutto illogico che di essa formi parte come membro giudicante e votante un componente del Consiglio di amministrazione degli Ospedali, che in generale non è medico, e anche se laureato in medicina ed esercente, non può avere l'onniscienza di giudicare in qualsiasi concorso di Primario medico o chirurgo o delle varie specialità, e in ogni modo non ha e non può avere la cultura e l'esperienza necessarie per valutare coscienziosamente dei giovani nella loro branca preparatissimi.

Nel fatto accade che questo membro, che, si noti, è il Presidente della Commissione, non può che seguire il giudizio degli altri membri, o se se ne allontana o in caso di divergenze di opinioni sta piuttosto cogli uni che cogli altri, non può che seguire criteri del tutto estranei alla reale capacità dei candidati, e spesso quindi ingiusti.

Che fra i candidati possa farsi una prima scelta per ragioni diverse dal loro valore tecnico e scientifico, è ammissibile; ma questa è di stretta competenza del Consiglio d'amministrazione e dei suoi organi legali. I candidati ammessi al concorso hanno il diritto di essere giudicati da membri, che abbiano una cultura e una posizione scientifica e professionale sicuramente indiscussa.

Il Presidente della Commissione sia pure un membro del Consiglio d'amministrazione e vigili perchè le modalità di legge e di regolamento vengano scrupolosamente rispettate nell'andamento delle prove; ma lasci il giudizio tecnico ai membri a ciò competenti.

Della Commissione fanno parte tre primari ospedalieri, e non intendo obiettare nulla a questa disposizione che dà la maggioranza all'elemento, della cui famiglia devono entrare a far parte, e nel grado più elevato, i candidati prescelti.

Fortunatamente abbiamo in linea generale degli ottimi elementi fra i primari ospedalieri, sia medici, sia chirurghi, sia specialisti, e quindi questa prevalenza non può dar luogo ad inconvenienti.

È opportuno però che le Amministrazioni ospedaliere comprendano, come sia necessario che l'altro membro nella costituzione attuale o gli altri due, se il Presidente è privato del voto, diano garanzia assoluta di capacità e di valore scientifico e, anche per la loro posizione, della serenità di giudizio indispensabile in una competizione, che mette in gioco cospicui interessi personali.

È quindi necessario che almeno uno di questi membri appartenga all'alta cultura universitaria, e sia in genere il clinico della branca messa a concorso. Del resto questa regola è stata quasi sempre seguita, e con risultati soddisfacenti per la garanzia che offre alle amministrazioni e agli stessi concorrenti.

È opportuno però che la massima venga stabilita e osservata con maggiore costanza.

* * *

Per le varie prove del concorso, una prima osservazione da fare è lo scarso valore che viene dato dal regolamento attuale ai così detti « titoli ».

Si noti che per « titoli » non s'intendono solo le pubblicazioni che il candidato possiede, ma tutto l'insieme della sua preparazione e della sua carriera, che fornisce evidentemente la base più salda per un giudizio sicuro sul suo valore professionale e quindi per la sua maturità al posto cui aspira.

I corsi speciali seguiti, una o più libere docenze ottenute, i concorsi già sostenuti, gli uffici coperti, le ricerche fatte, i casi illustrati, le statistiche operatorie, la sua attività in una parola scientifica e pratica, tutto ciò nel suo insieme tratteggia senza incertezze o dubbi la figura esatta del candidato.

Ora, mentre per le prove di esame sono dati 150 punti, per questo complesso che rappresenta tutta la vita del giovane sino al concorso, sono concessi soltanto 25 punti.

E fino a qualche tempo fa erano solo dieci i punti che si potevano ottenere coi titoli. La evidente esiguità di questa cifra in confronto a quella delle prove di esame, l'ha fatta ora aumentare sino a 25.

Ma alle Commissioni evidentemente, almeno a quella che ha giudicato l'ultimo concorso di Primario chirurgo, la cifra è sembrata eccessiva, e il massimo che è stato assegnato al candidato, che si presentava con un insieme di carriera e di preparazione che credo sia difficile si ripeta in altri concorsi, è stato di 15 punti!

Ora posso errare, e certamente su questo punto avrò contraddittori numerosi, ma a me sembra che la scelta per un posto, che è il più elevato nella carriera ospedaliera, non possa essere fatta soltanto in base a concorsi in cui la massima importanza è data alle prove di esame, in una delle quali è noto come anche il più preparato ed esperto può eventualmente fallire, ma debba soprattutto e prevalentemente basarsi su tutta l'attività anteriore del giovane, la quale dà un affidamento ben altrimenti sicuro, che egli sarà degno di coprire il posto cui aspira e non è soggetto a capricci di fortuna.

Per lo meno ritengo che sarebbe preferibile fare una prima scelta fra i candidati, che possono partecipare al concorso, per ammettervi soltanto quelli che diano sufficiente garanzia che, ove riescano, siano adatti e preparati all'alto ufficio.

E fra questi si faccia pure un concorso per esame, che integrerà la graduatoria stabilita in base ai titoli, ma che non potrà più in qualche caso per un colpo di fortuna portare al posto di Primario anche chi non abbia la preparazione necessaria.

* * *

Per le prove di esame infine, non ho nulla da osservare sulla prova di cultura clinica, perchè questa anzi è la più efficace per valutare il complesso di cognizioni acquistatesi dal candidato e più che altro il modo con cui se le è assimilate e digerite, tanto da non dare una semplice prova di erudizione o di memoria, ma dimostrare il criterio clinico giusto e preciso che ne ha derivato.

E così per la prova clinica propriamente detta, cioè l'esame obiettivo del malato e la diagnosi ragionata, che è, senza discussione, la prova per eccellenza, la pietra angolare dell'acume e della capacità acquistata dal giovane.

Per i chirurghi la terza prova è quella, così detta di medicina operatoria, che consiste in una o più operazioni sul cadavere.

Ora dirò francamente che a mio parere questa prova è ormai superata.

Se per i gradi inferiori può essere una prova di esame assai utile, perchè deve servire a constatare le conoscenze anatomiche e la tecnica in certe operazioni fondamentali, per il concorso di Primario chirurgo, cioè per un posto cui non possono aspirare che giovani che hanno già fatto un lungo tirocinio chirurgico ed hanno largamente esercitato la loro mano in operazioni sul vivo, prendere come termine di paragone una prova di maggiore o minor destrezza in operazioni sul cadavere, che sono in genere limitate ad interventi classici, che raramente e talora mai si compiono sul vivente, in ogni caso senza che esistano le lesioni per cui in pratica occorre operare, e quindi in condizioni assai diverse dal reale, non credo possa costituire una base di giudizio efficace.

E viceversa è bastato talora che un candidato non abbia trovato o abbia trovato difficilmente un nervo o un'arteria, che possono anche essere anormalmente mancanti o atrofici, perchè senz'altro sia stato escluso dal concorso o abbia raggiunto una votazione bassissima per una di quelle eventualità disgraziate, che in un concorso serio e sereno si dovrebbe invece cercare di eliminare al possibile, per poggiare i criteri di giudizio su altre basi più solide e sicure.

Che se non si volesse pei chirurghi abolire questa prova, che dovrebbe dimostrare la loro preparazione più strettamente tecnica, credo sarebbe preferibile saggiarli sulle loro conoscenze sui vari metodi e processi operatori consigliati e messi in opera per una data lesione e sull'indicazione di ciascuno di essi nei singoli casi; e solo poi si facesse eseguire, non potendosi per ragioni di opportunità farlo sul vivo, una dimostrazione di manualità tecnica sul cadavere.

Sono persuaso che in questo modo il giudizio espresso dalla Commissione risulterebbe più equo e più fondato, sarebbero ridotte al minimo le eventualità di sfortunati occasionali errori, cui non si può attribuire gran peso, e si otterrebbe una scelta migliore di medici, chirurghi e specialisti, che terrebbero con grande onore il loro posto, con vantaggio delle amministrazioni e dei malati, e con aumento del decoro nazionale.

30 settembre 1930.

ROBERTO ALESSANDRI.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

APIRO (*Macerata*). — 3ª condotta; a tutto 31 lug.; L. 9000 e 3 quadrienni dec., oltre L. 2500 cavallo o automezzo; riduz. 12 %; riconoscimento un quadriennio; età lim. 24-40 a.; doc. a 6 mesi dal 15 giu.; tassa L. 50,10.

BERGAMO. *Ospedale Maggiore Principessa di Piemonte.* — Aiuto per divisione medica; L. 7480; sette assistenti per divisioni mediche e chirurgiche; L. 6600; partecipaz.; divieto altri posti o incarichi. Scad. ore 12 dal 25 lug. Età lim. 35 e 30 a. rispettiv. Doc. a 3 mesi dal 23 giu. Tassa L. 50. Chiedere annunzio.

BOLZANETO. — (Vedi GENOVA).

CHIAVARI (*Genova*). — Oculista municipale; lire 1500 e 10 bienni; scad. 17 lug.

CHIAVAZZA (*Vercelli*). — Per titoli. Unico posto. Abitanti 6585. Stipendio annuo L. 7000, se avrà la nomina ad ufficiale Sanitario (assegno L. 1200, caro-viveri, se gli compete, L. 840; aumenti ed altre indennità previste nel capitolato in corso di approvazione, con riduzione 12 %. Tassa di concorso L. 50,10. Scadenza 26 luglio. Richiedere il testo completo dell'avviso di concorso alla Segreteria Comunale.

COMO. — Scad. 31 lug.; 6° rione; L. 8000 oltre addizionale L. 5 ogni povero in più del 15 % della popolaz.; 4 quinquenni dec.; c.-v.; trasp. L. 2000; ambulat. L. 500; età lim. 40 a.; tassa L. 50. Obbligo residenza in località centrale della condotta.

DEZZO DI SCALVE (*Bergamo*). — Scad. 25 lug.; L. 12.000 e addizionale, oltre c.-v. e L. 500 uff. san., L. 200 ambulat., L. 1000 trasp.; 5 quinquenni di L. 1200.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Concorso a un posto di direttore sanitario con residenza in Careggi; lire 15.400 aumentabili, oltre L. 2500 carica, e c.-v.; età lim. 45 a.; decennio di laurea; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 1° lug. Al 20 ag., ore 18.

GERIA LARIO (*Como*). — Scad. 20 sett.; consor.; L. 8536, oltre L. 792 uff. san., L. 3080 trasp., lire 440 arm. farm.; 4 quinquenni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

GENOVA-BOLZANETO. *Associaz. Antitubercolare di « Valpolcevera ».* — Medico direttore servizio sanitario Dispensario Antitubercolare; titoli ed esami; scad. 20 lug.

MAFALDA (*Campobasso*). — Scad. 20 ag.; L. 6175 e 3 quinquenni dec.; età lim. 39 a.; tassa L. 50,10.

MALAGNINO (*Cremona*). — Scad. 10 ag.; consor.; L. 10.120; addizionali L. 2,20 e L. 2,60, L. 3500 cav.; L. 1320 uff. san.; aumenti ecc.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

MARTINA FRANCA (*Taranto*). — Scad. 25 lug.; lire 10.000 e 5 quadrienni dec.; riduz.; richiedesi biennio in Ospedale primario; tassa L. 50,10.

MEL (*Belluno*). — Scad. 10 ag.; 2° rep.; L. 8000 e 5 quadrienni dec.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10.

MELETI (*Milano*). — Scad. 25 lug.; L. 11,500 e 5 quadrienni dec. oltre L. 3500 cav., L. 700 uff. san.; decurtazioni; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

MENDICINO (*Cosenza*). — Scad. 31 lug.; L. 6505 oltre L. 2500 cavalc.; riduz. 12 %.

NIMIS (*Udine*). — Scad. 20 lug.; L. 10.000 oltre L. 600 serv. att., L. 3000 trasp., L. 1000 se uff. san., c.-v.; trattenuta 12 %.

PADOVA. *Spedale Civile.* — Primario di un reparto di medicina; L. 4000 decurtate del 12 %; scad. ore 18 del 31 lug.; età lim. 45 a.; tassa lire 50,15 alla Tesoreria; doc. a 3 mesi dal 1° lug. Chied. annunzio alla Segreteria.

PORTOFERRAIO (*Livorno*). *Civico Ospedale Vitt. Em. III.* — Chirurgo primario; scad. 31 lug.; L. 15.000 e 10 bienni ventesimo, c.-v., lorde; percentuali; età lim. 35 a.; rivolgersi Segreteria del Comune.

RACALE (*Lecce*). — Scad. 31 lug.; L. 8500 oltre L. 4000 cav., 5 quadrienni dec., riduz. 12 %; età lim. 25-45 a.

ROMA. *Cassa Naz. Assicuraz. Sociali.* — Tre medici primari in medicina, uno in radiologia e terapia fisica, tre aiuti medici, un aiuto chirurgo, 13 assistenti medici, 4 di specialità, presso l'Ospedale della Casa in Vialba (Milano); stipendi lire 8000, L. 6500 e L. 5000, oltre indennità L. 2000 per tutti; età lim. 40 a. per i primari, 35 per gli aiuti e gli assist. Scad. 31 lug. Rivolgersi Direz. gen. (Servizio personale), via Minghetti 17, Roma.

SALUZZO (*Cuneo*). *Ospedale Civile.* — Medico Primario Direttore. Stipendio ed indennità Lire 22.400 annue. Compertecipazioni: 60 % sui proventi, cure speciali ad abbienti, 50 % sui proventi dell'ambulatorio; 50 % sui proventi del laboratorio medico. Scadenza 20 luglio. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria dell'Ente.

SAMOLACO (*Sondrio*). — Consorzio: Samolaco-Novate Mezzola e Verceia. Obbligo residenza in Novate Mezzola Centro. Stipendio annuo L. 8500, aumentabile di un decimo ogni quinquennio per quattro volte. Indennità L. 500 come Ufficiale Sanitario; L. 1400 per indennità di trasferta; caro viveri come per gli impiegati statali; indennità di trasporto L. 1800 se fatto con motocicletta, oppure L. 3500 se fatto con automobile. Tutte le suddette retribuzioni sono al lordo delle ritenute di R. M. e Complementare. Lo stipendio sarà inoltre diminuito dei contributi Cassa Pensioni e Collegio Orfani di Perugia e su tutte le retribuzioni sumenzionate sarà applicato il disposto del R. D. 20 novembre 1930, N. 1491. La domanda e i documenti dovranno pervenire all'Ufficio Comunale di Samolaco non più tardi delle ore dodici del 6 agosto. Per ottenere il bando di concorso e altri chiarimenti sui documenti ecc., rivolgersi alla Segreteria del suddetto Ufficio Comunale.

S. PIETRO VERNOTICO (*Brindisi*). — Scad. 3 sett.; L. 8500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1200 cav., addizionali di L. 3 e L. 5; riduz. 12 %; tassa lire 50,10.

SERMONETA (*Roma*). — Cercasi interino per il mese di agosto. Per tutte le condizioni e chiarimenti scrivere al Podestà del Comune.

SIRACUSA. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitari di Buccheri e di Sortino; rispettiv. L. 6000 e L. 7000, ridotte del 12 %, e 4 quadrienni dec.; documenti a 3 mesi dal 24 giugno; età lim. 45 a. Scad. 45 giorni dal 24 giu. Rivolgersi Divisione Sanità.

SORA (*Frosinone*). — Scad. 31 ag.; 3° rep.; lire 8500 e addizionali di L. 4 e L. 5; 5 quadrienni dec.; L. 800 c.-v.; età lim. 40 a.

TOMBA DI PESARO (*Pesaro*). — Scad. 60 gg. dal 10 giu.; L. 8000 e 5 quadrienni dec., addizionali L. 2 e L. 3, cavalc. L. 2500, c.-v. per i coniugati; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

VARESE. *Amministrazione Provinciale.* — Direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Stipendio annuo lordo L. 18.000. Indennità servizio attivo L. 2000. Aggiunta di famiglia come al personale dipendente dallo Stato, il tutto al lordo del 12 % a norma del R. D. 20 novembre 1930, N. 1491. Percentuale 17,60 % sui proventi analisi. Scadenza ore 18 del 31 agosto. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria della Provincia.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Abilitazioni alla libera docenza in: Clinica malattie nervose e mentali: Vercelli Giuseppe; Clinica medica: Rietti Fernando; Clinica ostetrica e ginecologica: Schiaffino Lorenzo; Fisiologia: Bergami Gino; Medicina legale: Cioffi Francesco; Otorinolaringoiatria: Tanturi Vincenzo; Patologia speciale chirurgica: Peracchia Gina Carlo, Zagni Luigi; Patologia speciale medica dimostrativa: Cassano Cataldo; Radiologia medica: Pescatori Guido.

Il Regio Commissario dell'O. N. M. I. on. Blanc, previo consenso del Capo del Governo, ha firmato la deliberazione con la quale il sub-Commissario Cav. di Gr. Croce Mauriziana avv. Carlo Scotti è nominato vice-Commissario.

Il dott. P. Mühlens, professore di clinica medica all'Istituto di Medicina navale e tropicale di Amburgo, è nominato dottore *honoris causa* dall'Università Nazionale di Messico D. F.

Il dott. Hans Zacherl, professore di ostetricia e ginecologia a Graz, è chiamato all'Università di Innsbruck.

Il dott. Raymond Dupérié è nominato professore di medicina sperimentale alla Facoltà medica di Bordeaux.

NOTIZIE DIVERSE.

6° Congresso internazionale di medicina e farmacia militari.

Si è svolto a La Aja dal 15 al 20 giugno sotto la presidenza del maggior generale Diehl, direttore dei servizi sanitari militari dei Paesi Bassi. All'inaugurazione intervenne S. A. R. il Principe dei Paesi Bassi. Erano rappresentate 30 Nazioni; l'Italia lo era dal col. med. Caccia.

Alla chiusura del Congresso ebbero luogo, nell'Ospedale militare di Bruxelles, le giornate medico-militari.

Il prossimo Congresso si adunerà a Madrid nel 1932.

Prossimamente daremo un breve resoconto dei lavori compiuti.

Conferenza europea per l'igiene rurale.

Si è adunata a Ginevra la Conferenza europea di igiene rurale indetta dal Consiglio della S. d. N. in seguito a una proposta fatta nel settembre 1930 dal Governo spagnolo.

Prendono parte alla Conferenza quasi tutti gli Stati europei. Altri Stati non europei hanno inviato i propri osservatori.

La Delegazione italiana è presieduta dal sen. De Michelis ed è composta dal prof. Lutrario, delegato, e dai consiglieri tecnici dottori Antonio Labranca e Dino Rio del Ministero dell'Interno, ingg. Giuseppe Zambelli e Casimiro Uttini, on. prof. Franco Angelini, avv. Roberto Roberti, dott. Guido Giorgi, prof. Gorini. L'Ufficio di segreteria è affidato al dott. Roberto Solari del nostro Ministero degli Esteri. L'Italia è anche rappresentata dal prof. Puntoni, per l'Istituto internazionale di agricoltura. Un altro italiano è il delegato spagnolo, prof. Pittaluga, presidente della Conferenza.

La Delegazione italiana ha presentato una importante pubblicazione sui servizi sanitari e di igiene delle regioni rurali in Italia e sulla bonifica integrale. L'on. Angelini ha presentato a nome del Sindacato nazionale fascista dei tecnici agricoli una relazione su « La funzione del tecnico agricolo nell'igiene rurale ».

L'avv. Roberti a nome della Federazione fascista casse mutue e malattie, ha presentato una relazione sull'assicurazione contro le malattie.

La Conferenza ha costituito tre sottocomitati per lo studio dei tre ordini di questioni iscritte all'ordine del giorno e che, come abbiamo già annunziato, hanno formato oggetto di esame da parte di una Commissione preparatoria della Conferenza.

2ª Conferenza panamericana dei direttori di Sanità.

Si è adunata a Washington dal 20 al 25 aprile; ha assunto un'importanza eccezionale. Ha adottato numerose risoluzioni e raccomandazioni, dal Codice sanitario panamericano alla organizzazione sanitaria, dalla navigazione aerea alla lotta contro gli stupefacenti, dall'eugenica alla propaganda igienica.

14° Congresso italiano di pediatria.

La Società Italiana di Pediatria ha indetto il 14° Congresso Nazionale in Firenze, dal 23 al 26 settembre. Saranno svolti i seguenti temi: 1° « La pleurite purulenta nell'infanzia », relatori: C. Cocchi (Firenze), A. Laurinsich (Napoli), I. Nasso

(Messina), E. Castronovo (Messina); 2° « Le sindromi encefalitiche nell'infanzia », relatori: M. Bergamini (Parma), G. De Toni (Bologna), G. Taccone (Milano); 3° « Direttive dietetiche nelle collettività infantili », relatori: P. Brusa (Milano), A. Lucca (Torino), G. Macciotta (Cagliari). Saranno pure accettate e svolte delle comunicazioni, i cui argomenti devono riguardare i temi delle relazioni generali.

Sono iscritti di diritto al Congresso i soci della Società Italiana di Pediatria, i quali siano in regola col versamento delle quote sociali. Vengono iscritti anche i non soci, i quali versino all'atto dell'iscrizione la quota stabilita di L. 80. Tutti gli iscritti hanno il diritto di accompagnare al Congresso persone di loro famiglia, dandone avviso entro l'agosto p. v. e versando la quota di L. 25 a persona.

Nella sede del Congresso sarà disposta una mostra di prodotti interessanti la Puericultura e la Clinica pediatrica.

Tutto quello che riguarda le relazioni generali e le comunicazioni va indirizzato al vice-presidente della Società, prof. G. B. Allaria, R. Clinica Pediatrica Universitaria, Corso Bramante 29, Torino. Per le iscrizioni e per ogni informazione rivolgersi al segretario della Commissione ordinatrice: prof. Bruno Trambusti, R. Clinica Pediatrica Universitaria, Ospedale Anna Meyer, Via Mannelli 115, Firenze (123). La quota d'iscrizione per i non soci deve essere inviata al Tesoriere della Commissione ordinatrice: prof. Guido Guidi, R. Spedale degli Innocenti, Piazza SS. Annunziata, Firenze.

Consiglio Nazionale del Sindacato Veterinari.

Il Congresso nazionale del Sindacato fascista veterinari, inauguratosi alla presenza dell'on. Bodrero, presidente della Confederazione professionisti ed artisti, ha svolto i suoi lavori sotto la presidenza dell'avv. Gatto, in rappresentanza della Confederazione nazionale Sindacati fascisti professionisti e artisti.

Il commissario dott. Bonauguri ha esposto i risultati morali e finanziari della gestione straordinaria. Ha poi riassunto il lavoro compiuto nel campo delle aspirazioni morali della categoria, riferendosi in particolare ai problemi relativi alla Cassa mutua, all'inquadramento, all'autonomia del servizio veterinario, alle questioni zootecniche, alla provincializzazione dei servizi veterinari, alla mutualità e cooperazione agraria, ecc.

Seguì l'esposizione finanziaria.

Il Consiglio ha eletto poi il segretario nazionale nella persona del dott. Ezio Bonauguri e per acclamazione ha costituito il Direttorio.

Ha avuto poscia luogo l'esame e la discussione degli argomenti di carattere tecnico e sindacale, posti all'ordine del giorno, sui quali sono state svolte le seguenti relazioni: Disoccupazione ed Ufficio di collocamento (dott. Bonauguri); Problema zootecnico ed indirizzo della categoria (prof. Cardelli); Vizi redibitori, mutualità e cooperazione (Castrini); Concorsi (Bonauguri); Codice deontologico (Bonauguri); Tariffe per prestazioni veterinarie (dott. Caporali); la Fisionomia del servizio veterinario secondo la legislazione sanitaria nella realtà e aspirazioni dei veterinari italiani (dott. Bisio); L'ordinamento degli studi di medicina veterinaria nei rapporti della professione (dott. Modena); La classe dei veterinari nei rapporti della professione (Modena); La classe veterinaria nell'ordinamento corporativo (dott. Miceli), ed altre.

A conclusione delle discussioni sono stati presentati ed approvati vari ordini del giorno.

Il Capo del Governo ha ricevuto il Direttorio del Sindacato Veterinario, risultato eletto dal Congresso.

Il dott. Bonauguri, segretario nazionale del Sindacato, ha sottoposto al Capo del Governo il devoto saluto di tutta la categoria, che è iscritta ai Sindacati fascisti per oltre l'83 per cento. Ha quindi esposti al Capo del Governo alcuni desideri inerenti all'autonomia dei servizi provinciali e alla competenza dei veterinari nel campo della zootecnica.

Il Capo del Governo nell'accogliere benevolmente il saluto dei veterinari italiani si è compiaciuto con loro per il perfetto spirito fascista che li anima e li ha riassicurati della sua profonda simpatia. Ha promesso al Sindacato Nazionale che avrebbe esaminato i desideri espostigli con la più benevola attenzione.

Le Giornate Mediche di Bruxelles.

Si sono svolte in modo trionfale; basti dire che una trentina di Nazioni mandarono i loro delegati ufficiali. Alla seduta inaugurale intervennero i Sovrani, quasi tutto il Corpo diplomatico e quasi tutti i Ministri. Il Presidente del Consiglio dei Ministri, ministro dell'interno e dell'igiene, on. Renkin, tenne il discorso inaugurale e quello di chiusura e volle essere assiduo ai lavori.

Parecchie società mediche belghe hanno tenuto le loro riunioni in tale occasione.

Le giornate vennero dedicate alla memoria di Widal, di cui varie conferenze hanno illustrato l'opera scientifica e clinica.

Il programma dei festeggiamenti e delle gite ha avuto pieno sviluppo.

Ormai le giornate mediche di Bruxelles hanno assunto il valore d'una istituzione d'espansione mondiale.

Associazione internazionale delle medichesse.

Terrà il suo prossimo congresso a Vienna, dal 15 al 22 settembre; seguirà un ricevimento a Budapest.

Tassa d'iscrizione 30 franchi. Le ferrovie accordano biglietti a metà tariffa.

Per le iscrizioni rivolgersi alla « Association internationale des Femmes médécins », Elysées Building, rue du faubourg Saint-Honoré 56, Paris, Francia.

Congresso internazionale delle piante medicinali ed aromatiche.

È organizzato dal Comitato centrale della Federazione Internazionale per lo sviluppo dell'erboristeria medicinale, aromatica e di piante similari e sarà tenuto in Parigi dal 16 al 21 luglio. Successivamente alla riunione del Comitato permanente ed al ricevimento dei delegati dei vari paesi nella « Sala degli Atti » della Facoltà di Farmacia dell'Università di Parigi, avranno luogo nel palazzo dei Congressi dell'Esposizione Coloniale Internazionale, comunicazioni d'ordine scientifico, tecnico e pratico.

Corsi di perfezionamento.

Il 3° Corso internazionale di perfezionamento medico della Fondazione Tomarkin, da noi già

annunziato, avrà luogo a Locarno dall'11 al 26 ottobre.

Informazioni particolari verranno date a richiesta dalla Segreteria, Casella postale 128, Locarno, Svizzera.

* * *

Un corso internazionale di perfezionamento, con speciale riguardo alla balneologia e alla balneoterapia, si terrà a Carlsbad dal 13 al 19 settembre. È il 13° della serie. Tra gl'insegnanti italiani sono i proff. Frugoni e Pende. Per informazioni rivolgersi al Dr. Edgar Ganz, Geschäfsführer der Komitee der Karlsbader internationalen ärztlichen Fortbildungskurse, Stadthaus, Karlsbad, Czecoslòvacchia.

Conferenza.

Il prof. Gaetano Ronzoni ha illustrato, in seno al « Rotary Club » di Milano, il nuovo Ospedale di Bergamo, mettendone in evidenza la vastità della concezione e la moderna efficienza.

Il 4° centenario del Collegio di Francia.

Il 19 giugno nell'anfiteatro della Sorbona venne tenuta una imponente cerimonia commemorativa del 4° centenario di questa Istituzione. V'intervenne il nuovo presidente della Repubblica, Paul Doumer; vi erano rappresentate 37 nazionalità e più di 300 istituzioni scientifiche. A nome delle università straniere, parlò il prof. A. Ghigi di Bologna.

Il prof. Vincent tenne un discorso commemorativo su Claude Bernard. Sono annunziate altre commemorazioni.

In tale occasione si è organizzata, alla « Bibliothèque Nationale », un'esposizione di manoscritti, apparecchi scientifici, memorie, ecc. di personalità che sono passate per la Sorbona. Notevole la raccolta di strumenti fisiologici di Claude Bernard.

Donazioni e lasciti ad università.

L'Università di Bologna è autorizzata, con R. D. 21 maggio 1931, ad accettare l'eredità disposta in suo favore dal prof. Carlo Francioni; con R. D. 30 aprile 1931, ad accettare la donazione disposta dalla sig.a Fanny Todesco vedova Francioni per l'istituzione di un premio intitolato al nome del prof. Carlo Francioni, da conferirsi a studenti di quella Scuola di perfezionamento in Clinica pediatrica; con R. D. 26 marzo 1931, ad accettare la donazione disposta in suo favore per l'istituzione del premio « Giovanni Perna », a favore di uno studente della Facoltà medica.

L'Università di Palermo è autorizzata, con R. D. 21 maggio 1931, ad accettare un legato disposto in suo favore dal prof. Michele Pavone per l'istituzione di un premio biennale destinato alla migliore monografia che porti contributi originali al progresso degli studi sulle malattie delle vie urinarie.

Risultati dell'ultima campagna antitubercolare.

Il Capo del Governo ha ricevuto l'on. R. Paolucci, il sen. E. Maragliano, l'on. E. Morelli, il prof. A. Ilvento ed il prof. F. Bocchetti, della Federazione italiana nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi. L'on. Paolucci, presidente della Federazione stessa, gli ha presentato una relazione che documenta i risultati conseguiti con la campagna per la festa del fiore e della doppia croce: sono stati raccolti nove milioni. La medaglia d'oro che si avvalora del nome del Duce è stata assegnata al Consorzio antitubercolare di Brescia; le 10 medaglie d'oro della Federazione sono state assegnate ai Consorzi di Roma, Nuoro, Fiume, Imperia, Cremona, Spezia, Gorizia, Zara, Livorno e Lecce. Il Duce ha manifestato il proprio compiacimento.

Visita di allievi ufficiali medici agli stabilimenti termali di Montecatini.

A mezzo di un treno speciale circa 500 allievi ufficiali della Scuola di sanità militare di Firenze accompagnati dal gen. Grixoni, comandante della Scuola, e dagli ufficiali istruttori, si sono recati a visitare gli stabilimenti termali di Montecatini dove sono stati accolti con grande festosità. Nella sala dell'imbottigliamento delle Regie Terme il gen. Grixoni ha pronunziato un breve discorso per ringraziare delle accoglienze ricevute e per dimostrare agli allievi l'importanza e la rinomanza cui è assurta la stazione termale. Al generale ha risposto con un applaudito discorso il prof. Frugoni, direttore delle Terme.

Cure balneo-termali per gli invalidi di guerra.

Anche per l'anno in corso l'Opera Nazionale per la protezione e l'assistenza degli invalidi di guerra, ammetterà alle cure balneo-termali gratuite gli invalidi pensionati di guerra riconosciuti in concreto stato di bisogno delle cure medesime, nel limite dei posti dall'Opera rispettivamente assegnati alle sue rappresentanze principali e con le modalità seguite negli anni scorsi.

E pertanto le varie amministrazioni dello Stato sono state autorizzate ad accordare come in passato — ove lo consentano le esigenze di servizio — uno speciale congedo ai propri dipendenti impiegati e salariati invalidi di guerra, compresi quelli che pur non avendo potuto ottenere di usufruire gratuitamente delle dette cure, intendono di effettuarle a proprie spese, giovandosi soltanto delle agevolazioni che l'Opera stessa potrà loro procurare.

Per le opere assistenziali fasciste a Roma.

Il segretario federale dell'Urbe, Nino D'Aroma, e l'avv. Enzo Cimino, segretario generale dell'Unione industriali fascisti del Lazio, hanno approvato la convenzione con la quale viene devoluto a beneficio delle opere assistenziali della Federazione fascista dell'Urbe il ricavo di un diritto fisso da riscuotersi sulle tessere gratuite di ingresso nelle sale cinematografiche, ogni volta che vengono usate.

Gare d'igiene nelle Scuole del Governatorato di Roma.

Con la tradizionale solennità si è svolta, nell'Augusteo, la cerimonia per la premiazione delle scuole elementari del Governatorato che hanno partecipato alle gare d'igiene. Il sen. Marchiafava, in un nobilissimo discorso, ha posto in rilievo l'importanza morale e sociale delle gare. Si è quindi proceduto all'assegnazione dei premi alle rappresentanze delle scuole ed ai singoli insegnanti ed alunni.

I cori delle scuole hanno eseguito un suggestivo programma e la banda dei Granatieri scelti brani.

A. D. R. M.

L'« Association pour le développement des Rélation Médicales entre la France et les Pays étran-

gers » terrà la sua prossima assemblea generale il 13 gennaio 1932.

Per informazioni rivolgersi al Dr. Baudouin, secrétaire général de l'A. D. R. M., Faculté de Médecine (Salle Béclard), rue de l'École-de-Médecine 12, Paris, Francia.

La "Prevoyance Médicale,,

Raggruppa attualmente 10.092 medici francesi. Malgrado la tenuità dei contributi ed il gravame schiacciante del fisco (nel 1930 furono corrisposti 1.200.000 franchi d'imposte), la Società mantiene le pensioni a 1350 franchi; si spera di poterle elevare.

Attingiamo queste notizie dal resoconto di una adunanza dipartimentale, tenutasi a Bordeaux il 21 giugno u. s. (« Gaz. hebd. d. Sc. méd. », 28 giu. 1931).

Viaggio di studi nell'America settentrionale.

Prossimamente verrà effettuato un viaggio nel Canadà e negli Stati Uniti, organizzato sotto gli auspici del periodico « Univers Médical » da un Comitato di cui il prof. Balthazard, decano della Facoltà di Medicina di Parigi, è il presidente d'onore. Questo Comitato si compone dei proff. J. L. Faure, E. Lesne, P. Nobécourt, G. Pouchet, Ch. Richet, A. Zimmern, Delmas, Euzière, Laignel-Lavastine, J. Lhermitte, M. Loeper, dei signori Henri de Régnier dell'Accademia francese, Henri Bordeaux pure dell'Accademia, J. H. Rosny Ainé, presidente dell'Accademia Goncourt, ecc. Il viaggio comporta una parte turistica oltremodo interessante, poichè si visiteranno le città di Quebec, Montreal, Toronto, il lago Ontario, le Cascate del Niagara, Chicago, Washington, Filadelfia, Nuova York; ed una parte scientifica, cioè la visita di Ospedali, di Facoltà, ecc. dove i medici saranno ricevuti dalle personalità del mondo medico americano, dai decani delle Facoltà di Washington, di Filadelfia, di Nuova York ecc. Il costo del viaggio (partenza da Parigi e ritorno a Parigi), che comprende la traversata in classe « Turiste », è di franchi 13.850. Il soggiorno in America durerà un mese. Su semplice richiesta indirizzata alla Direzione Tecnica dei viaggi e Congressi dell'« Univers Médical » (avenue de l'Opéra 33, Paris) si riceveranno schiarimenti e notizie esplicative.

In onore del sen. Lustig.

Con solenne cerimonia è stata scoperta una lapide in onore del sen. Lustig sul prospetto del grandioso Sanatorio Vittorio Emanuele III in Aspromonte, dell'Opera Nazionale Mutilati. La lapide è stata offerta dall'Amministraz. provinciale. Hanno parlato il preside della provincia, l'ing. Pirello, il direttore del Sanatorio dott. Stipoti, il ricoverato Bolge e il sen. Lustig, festeggiatissimo da parte dei ricoverati.

In memoria di Pravaz.

Si è costituito in Francia un Comitato per erigere un monumento a Carlo Gabriele Pravaz, nel suo paese nativo, Pont-de-Beauvoisin. Del Comitato fanno parte i decani delle Facoltà mediche di Parigi e Lione, i rappresentanti dell'Accademia medica e dell'Istituto Pasteur di Parigi ecc. Il nome del Pravaz — semplice medico pratico — è legato alla riduzione incruenta della lussazione congenita dell'anca ed alla siringa per iniezioni; egli ha recato anche altri contributi alla medicina.

Orchestra medica di Parigi.

Ha dato il suo concerto annuale il 4 maggio, sotto la direzione di J. Manuel.

Il « clou » della serata fu l'audizione di una giovanissima violinista figlia del dott. Andrade, Janine, che eseguì Mendelssohn con anima e con perfezione tecnica.

Musica negli ospedali di Parigi.

Si è costituito a Parigi un gruppo di artisti rinomati e di amanti nella musica, sotto il nome di « La musique à l'hôpital », per dare dei trattenimenti a sollievo dei malati negli ospedali, sotto forma di concerti, canti, danze, azioni mimiche, dizioni.

Per un volontario del sangue.

Il prof. L. Ficacci, primario medico all'Ospedale del Littorio, ha segnalato al direttore prof. T. Ferretti l'infermiere Orlando Sgrilli, affinchè venga proposto al Ministero delle Corporazioni per la stella al merito del lavoro. Lo Sgrilli in 7 mesi si è sottoposto 6 volte alla trasfusione. È decorato al valor civile ed ha altre benemerenze.

Per impedire gli scambi tra neonati.

In una *crèche* di New York si è adottato un sistema curioso: si applica sulla pelle una targa metallica, che porta una lettera perforata; poi si ricorre all'azione dei raggi ultra-violetti: attraverso le lettere si produce un eritema, che persiste un mese. Il metodo è rapido, innocuo e sicuro. (« Brasil-Medico », 6 giu. 1931).

Una odontoiatra campionessa di scacchi.

La signorina Paulette Schwartzmann, chirurgo-dentista a Parigi, ha vinto il campionato internazionale femminile organizzato dalla Federazione Francese di Scacchi. È stata proclamata campionessa internazionale, avendo vinto tutte le partite.

È morto a 75 anni il prof. SHIBASABURO KITASATO, che nel 1890, in collaborazione di v. Behring, preparò il siero antitetanico: fu quello il punto di partenza di tutta la sieroterapia. Il suo nome è legato anche all'isolamento del bacillo del tetano, alla scoperta del bacillo della peste (avvenuta nel 1894, indipendentemente da Yersin) ecc.

Originariamente apparteneva al Servizio di Sanità del Giappone; ma poi se ne allontanò. Trascorse molti anni in Germania.

Il Kitasato si adoperò con successo a organizzare la classe medica del Giappone.

Era stato fatto membro della Camera dei Pari del Giappone ed aveva ricevuto il titolo di barone.

È morto a Bologna in età di 54 anni il prof. FILIPPO FRANCHINI, già primario medico in quell'Ospedale Maggiore, valente professionista e studioso. Ha coltivato con passione la storia della medicina: ben noti sono i suoi studi su Morgagni. Attualmente era Rettore della Provincia.

Al fratello, prof. Giuseppe, vadano le nostre sentite condoglianze.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Münch. Med. Woch., 13 feb. — Loewenstein. Bacillemia tubercolare in varie malattie infett. — Gutzeit e Hermann. Azione di prodotti gastrici sull'anemia pernic.

Deut. Med. Woch., 13 feb. — Starkenstein. Problemi sull'infiammaz. — Weigmann. Infezioni da abortus.

Lancet, 14 feb. — J. W. Tudor Thomas. Innesto della cornea nei conigli. — N. Asherson. Mastoidite asintomatica.

Mediz. Welt, 14 feb. — Kirschner. Ricerche sui piedi. — Enner. Il cibo grezzo.

Rass. di Med. applic. al Lav. industr., gen.-feb. — S. Diez. Sul concetto di « sforzo ».

Surg., Gyn. a. Obst., feb. — H. Cushing. Tumori cerebellari. — J. Hofbauer. Eziologia dell'iperplasia dell'endometrio. — H. Bronner e J. Schueller. Pielografia da escrezione di abrodil.

Mediz. Klinik, 13 feb. — H. Poll. Secrezioni interne del pancreas, dei surreni e delle ovaie.

Paris Méd., 14 feb. — H. Roger. Le atetosi.

Amer. Journ. Med. Sc., feb. — W. H. Woglom. Ricerche speriment. sul cancro. — J. S. Lawrence. Eritrociti umani ellittici.

Arch. It. di Chir., feb. — V. Marino. Influenza del parenchima testicolare sul processo di cicatrizzazione. — A. Dei Rossi. — Sul cosidetto « collasso polmon. post-operatorio ».

Gaz. d. Hôp., 14 feb. — Numero sulla poliomielite ant. ac.

Riforma Med., 9 feb. — M. Trincas. Anastomosi arterio-venosa nel morbo di Raynaud.

Minerva Med., 17 feb. — L. Tommasi. Dermatosi allergiche.

Radiol. Med., feb. — G. Balestra. Ceco eretto. — C. Sinistrero. Lombalizzazione della prima vertebra sacr.

Deut. Med. Woch., 20 feb. — Seyderheim. Rapporti tra bile e ricambio generale. — Reschke. Ileo da aderenze.

Münch. Med. Woch., 20 feb. — Noeggerath. Trattam. semplificato dell'empiema nel fanciullo. — Fuchs. Ischuria paradossa.

Wien. Klin. Woch., 20 feb. — Kowarschik. La terapia ad alta frequenza. — Scheminzky. La fatica.

Presse Méd., 18 feb. — H. Claude e H. Baruk. Turbe psico-motorie d'origine cerebrale. — B.-A. Houssay e A. Biasotti. Ipofisi e diabete.

Zbl. f. Chir., 21 feb. — O. Schürch. Trapianti epiteliali omoplastici. — W. Hofmann. Anomalie renali.

Bull. Ac. de Méd., 10 feb. — C. Levaditi e al. Trasmissione della poliomielite per via diger.

Indian Journ. Med. Res., gen. — J. A. Sinton e al. Studi sulla malaria. — D. C. Wilson e W. K. Combes. Osteomalacia. — N. D. Kehar. Preparazione di alcaloidi della china allo stato di gel.

Journ. Méd. Franç., gen. — Numero sulla diagnosi di gravidanza.

Presse Méd., 21 gen. — M. Labbé. L'arterite diabetica. — F. Comby e P. Philardeau. Collassoterapia da alcoolizzazione del nervo frenico.

Indice alfabetico per materie.

V. Ascoli †, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII Roma, 20 Luglio 1931 - IX Num. 29

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

Clinica Pediatrica della R. Università di Roma.

Direttore: Prof. L. SPOLVERINI.

Sulla cura dell'empiema pleurico nell'infanzia.

(Nota Pratica)

per il dott. UMBERTO FERRI,
aiuto e libero docente.

La pleurite purulenta, seguita da una notevole raccolta di pus nel cavo pleurico (empiema pleurico libero o saccato), costituisce una delle malattie comuni ad osservarsi nell'età infantile. Si tratta il più delle volte di forme consecutive o complicanti il decorso di infezioni acute, con manifestazione polmonare prevalente od esclusiva (polmonite, bronco polmonite, congestione pleuro-polmonare), e sostenute da uno o più germi variamente associati (pnumococco, streptococco, stafilococco aureo, diplobacillo di Friedländer, coccobacillo di Pfeiffer ecc.). La forma più frequente è senza dubbio l'empiema da pneumococco (meta o para-pneumonico). Dalla presente trattazione si esclude l'empiema tbc., il quale, anche nei bambini (dove è molto più raro in relazione a quanto si verifica nell'adulto), viene di preferenza curato col metodo chiuso della aspirazione e del lavaggio pleurico.

Oltre che frequente l'empiema acuto da piogeni, deve considerarsi come una malattia grave dell'infanzia. La sua gravità viene giudicata non solo in rapporto colle scarse, ed anzi trascurabili, possibilità di evoluzione e di guarigione spontanea (riassorbimento lento di tutta la massa del pus formatasi; eliminazione spontanea del pus o per vomica in seguito ad usura della pleura viscerale, o per empiema necessitatis, in seguito ad usura della pleura parietale, ecc.), ma bensì in rapporto agli stessi metodi di cura più largamente usati, i quali danno tuttora una mortalità elevata.

Il trattamento considerato, ancor oggi dai più, come elettivo dell'empiema è quello chirurgico, che comprende la pleurotomia e la costotomia. La prima viene praticata di preferenza sui bambini lattanti, poichè si tratta di un intervento meno traumatizzante. Mensi

riferisce infatti che i lattanti operati colla costotomia darebbero una mortalità dell'80%, mentre colla pleurotomia soltanto una mortalità del 62%. Zybell, in una statistica riassuntiva di tutti i casi di empiema in lattanti, compresi nella letteratura, dà una mortalità dell'84,5 % colla costotomia, e del 50 % colla pleurotomia.

Nei bambini più grandicelli, i quali resistono meglio allo shock operatorio, si preferisce senz'altro la costotomia, poichè permette una più rapida e completa evacuazione del pus e rende, anche in seguito, più facile il drenaggio della cavità pleurica.

L'esito di questi interventi può variare notevolmente, in rapporto con molteplici condizioni e specialmente in rapporto all'età del bambino, alla natura batteriologica dell'empiema, alla diversa natura della malattia di cui l'empiema rappresenta, generalmente, soltanto una delle manifestazioni od una complicazione, alle condizioni di maggiore o minore integrità del tessuto polmonare sottostante, all'atto dell'intervento.

Molte statistiche vennero raccolte per dimostrare l'importanza del fattore età sulla mortalità per empiema. Da queste risulta, concordemente, una mortalità massima nel primo anno di vita e che diminuisce notevolmente e con una progressione più o meno regolare, a seconda delle varie statistiche, man mano che si tratta di bambini di età più avanzata.

Dalla statistica del Comby (la quale comprende pure un discreto numero di casi non curati e non diagnosticati in vita e parecchi casi curati semplicemente colla toracentesi) si ha:

Da 0 a 6 mesi	mortalità 100 %
» 6 » 12 »	» 76 %
» 1 » 2 anni	» 61,7 %
» 2 » 3 »	» 85,7 %
» 3 » 5 »	» 33 %
oltre i 5 anni	» 32,4 %

Meno disastrosa, ed anzi come una delle più favorevoli, appare la statistica dei casi operati da Spence:

Da 0 a 1 anno	mortalità 64,2 %
» 1 » 2 anni	» 56,6 %
» 2 » 3 »	» 27 %
oltre i 3 »	» 13,8 %

Su di una statistica di 76 bambini, operati di pleurotomia o di costotomia nell'Ospedale del Bambin Gesù ed, in parte, nella Clinica Chirurgica di Roma, durante questi ultimi tre anni, noi abbiamo notato i risultati seguenti:

	Operati	Guariti	Morti	Mortalità
Da 0 a 1 anno	8	2	6	75 %
» 1 » 2 anni	22	14	8	36,3 %
» 2 » 3 »	16	13	3	18,7 %
» 3 » 5 »	18	10	8	44,4 %
» 5 » 10 »	12	12	0	»

Per ciò che si riferisce alla mortalità relativa ai due metodi d'intervento, dalla nostra casistica risulta:

	Operati	Guariti	Morti	Mortalità
Pleurotomia	47	25	22	46,8 %
Costotomia	29	25	4	13,8 %

Ad elevare la mortalità in seguito alla pleurotomia, vi contribuisce il fatto che tutti i bambini al di sotto di un anno vennero trattati con questo metodo. Però, anche limitandoci a confrontare i risultati ottenuti, coi due metodi, sui bambini più grandicelli, si nota ugualmente un notevole vantaggio della costotomia sulla pleurotomia.

Bambini oltre un anno di età:

	Operati	Guariti	Morti	Mortalità
Pleurotomia	40	24	16	40 %
Costotomia	29	25	4	13,8 %

Comunque, è bene ricordare che tutte le statistiche, raccolte secondo il criterio dell'età o del metodo di intervento, non devono mai essere interpretate in modo rigido ed assoluto, dato che l'importanza di questi fattori, sulla mortalità per empiema, può essere più o meno esagerata oppure sminuita a seconda del modo e della frequenza con cui intervengono quelle altre varie condizioni, già dianzi accennate, capaci di influenzare, di per sè stesse, il giudizio prognostico sul decorso della malattia e sull'esito della cura.

Per ciò che riguarda la elevatissima mortalità del primo anno di vita, il fattore età (inteso come coefficiente di resistenza organica, specifico di una determinata età alla malattia od al determinato intervento) assume certamente una grande importanza, quando si pensi che l'empiema del lattante è, in genere, sostenuto dal pneumococco e che la forma pneumococcica viene considerata, nelle età successive, come la più benigna. Però il Marfan fa giustamente osservare che, sull'esito così spesso infausto dell'empiema del lattante, deve avere molta importanza il fatto della frequenza con cui, quando si opera, si hanno ancora delle gravi lesioni a carico del polmone sottostante, legate alla presenza di focolai di bronco polmonite in atto. Nelle età successive invece, l'empiema da pneumococco è più spesso metapneumonico e quindi l'intervento viene a praticarsi in condizioni più favorevoli, per il fatto stesso della maggiore integrità del tessuto polmonare sottostante. Così pure è facile concepire come, nelle età della seconda infanzia, possa, in certe statistiche, figurare molto più elevata la mortalità per empiema, qualora questo sia rappresentato, in larga misura, da quelle forme di natura setticemica (specie streptococcica) e complicanti spesso delle malattie particolarmente gravi e debilitanti per l'organismo, quali il morbillo, la scarlattina, la pertosse ecc. Con questo fatto noi ab-

biamo potuto direttamente riallacciare quella ripresa della mortalità risultante nei bambini dai tre ai cinque anni della nostra casistica.

Un altro degli argomenti, che viene oggi molto considerato e discusso, è quello di stabilire in quale momento del decorso della malattia sia più opportuno praticare l'intervento chirurgico. In molti Autori prevale ormai il concetto di non precipitarsi ad intervenire e che convenga cioè — fatta eccezione dei casi in cui l'ammalato si trovi in condizioni così gravi da richiedere uno svuotamento immediato, o molto precoce, del pus — attendere fino a quando la marcia della suppurazione accenna ad arrestarsi e, magari, si inizia la regressione, il riassorbimento spontaneo dell'essudato.

In questo modo si cerca di favorire un più attivo processo di difesa e di immunizzazione da parte dell'organismo, prima di procedere all'apertura della cavità pleurica e di svuotare la massa del pus formatosi. A dimostrare l'importanza del fattore epoca d'intervento, sull'esito della malattia, sono stati raccolti dati statistici molto interessanti. Lereboullet pubblica di aver riscontrato una mortalità del 67 % negli operati entro la prima settimana di malattia, mentre in quelli operati dalla 4ª alla 6ª settimana la mortalità sarebbe solo del 23 %; attendendo però oltre la 6ª settimana, i risultati peggiorerebbero nuovamente. Cocchi riferisce dell'inchiesta fatta da una Commissione americana la quale, basandosi soprattutto sulle statistiche di Camp Lee, Stones, Holt, conclude che la costotomia fatta tardivamente, dopo ripetute aspirazioni, dà migliori risultati, abbassando notevolmente la mortalità per empiema. Infatti Camp Lee da una mortalità del 40 % relativa all'intervento precoce, sarebbe pervenuto alla mortalità del 4,3 % coll'intervento ritardato; analogamente Stone dal 61 % arriva, colla costotomia praticata tardivamente, ad una mortalità del 15,6 % e fino al 9,5 %.

Tra i metodi chirurgici si può ancora ricordare quello del drenaggio a sifone, proposto da Balau e Playfair, e che consiste nell'introdurre nel cavo pleurico, attraverso un grosso trequarti, un tubo di gomma che viene lasciato in sito. Con questo metodo, che rappresenta una via di mezzo tra il trattamento aperto, propriamente chirurgico, e quello chiuso delle semplici punture evacuative, alcuni Autori vanterebbero risultati soddisfacenti sui bambini dei primi due anni di vita. La seguente statistica di Spence dimostrerebbe infatti che il metodo, sul lattante, può avere dei vantaggi evidenti anche sulla stessa pleurotomia:

Drenaggio sifone	55,6 %	di mortalità
Pleurotomia	87,5 %	» »
Aspirazione	77,8 %	» »

Però lo Zybell, nella sua statistica, già ricordata, riferentesi all'empiema del lattante, presenta queste cifre di mortalità:

Colla costotomia	84,5 %
Col drenaggio sifone	69,2 %
Colla pleurotomia	50 %
Colle semplici punture evacuative	47,4 %

D'altra parte il sistema del drenaggio a sifone è stato quasi del tutto abbandonato in seguito a svariati inconvenienti che può determinare e specialmente per la facilità di occlusione del tubo di gomma e per le difficoltà di mantenerlo in sito. Ho voluto, colla esposizione delle cifre dello Zybell, ricordare che, nel lattante, può esser spesso vantaggioso (soprattutto quando la suppurazione è poco intensa e scarsa la raccolta del pus) il semplice trattamento delle punture evacuative, le quali sono alla portata di qualsiasi medico pratico.

***

Di fronte alle percentuali, così spesso elevate, della mortalità per empiema curato chirurgicamente, specie quando si tratta di bambini lattanti o dei primi due anni di vita, sono sorti, qua e là, dei tentativi di cura medica. Molti di questi metodi, cosidetti, di terapia medica dell'empiema, meritano di essere appena accennati o perchè si riferiscono a casistiche troppo limitate, oppure per il fatto che, anche nelle mani di chi ebbe l'idea di applicarli, portarono raramente a delle complete guarigioni, tali cioè da escludere un trattamento chirurgico successivo. Così si può ricordare il metodo dell'autopioterapia tentato da Makai, iniettando, ogni cinque giorni e per via sottocutanea, 1/2-1 cc. del pus pleurico. Misasi avrebbe curato alcuni bambini con applicazioni diatermiche ed iniezioni di autovaccino. Nasso e Soria si sono pure giovati della vaccinoterapia. Mikolowski si servì di iniezioni endopleuriche di filtrato di brodo-cultura alla Besredka, Roudepierre ha usato, ancora recentemente, l'elettrargolo per iniezione endopleurica, dopo ripetute punture evacuative, ed associandole con iniezioni endovenose di mercuro-cromo. Abbastanza buoni risultati hanno vantato Ladd e Culter, mediante lavaggi della pleura con ipoclorito di calcio, anche in forme gravi da streptococco.

Ma, dei metodi più recenti, meritano una speciale considerazione quello del taurocolato di sodio e quello dell'optochina. Entrambi questi metodi sono però indicati soltanto nel trattamento degli empiemi da pneumococco.

Il primo, escogitato e proposto da Cocchi, si basa sulle ben note proprietà litiche che i sali biliari hanno sul pneumococco. Secondo la tecnica consigliata dall'A., il metodo consiste nella aspirazione del pus, favorita

ed associata dal lavaggio con soluzione fisiologica tiepida (l'A. propone a tale scopo un suo apparecchio che permette aspirazione, diluizione e lavaggio, evitando ogni pericolo di inquinare il cavo pleurico); allo svuotamento ed al lavaggio si fa seguire immediatamente l'iniezione endopleurica di grammi 1-2 (a seconda che si tratti di bambini lattanti od oltre l'anno di età) di taurocolato di sodio, sciolto da poco in 10 cc. di soluzione fisiologica. L'aspirazione preliminare del pus deve essere il più possibile completa, poichè l'azione batteriolitica del taurocolato è ostacolata o diminuita se questo viene a trovarsi diluito da una eccessiva quantità dell'essudato residuo. Così pure, se la raccolta purulenta, invece di essere libera od unica, è formata da sacche multiple, bisogna cercare di svuotare, e d'aggredire col medicamento, ogni singola sacca. In linea generale, il trattamento sopradescritto va ripetuto ogni tre-quattro giorni e per due-tre volte: dopo di che, si deve ritenere avvenuta la sterilizzazione del cavo pleurico. Nei casi speciali, in cui la temperatura elevata resiste più a lungo ed il pus tende a riformarsi con rapidità od insistenza, il numero degli svuotamenti e delle iniezioni di taurocolato può essere maggiore, distanziandoli qualche volta soltanto di 1-2 giorni. Anche in questi casi non ci sarebbe da temere alcun effetto tossico del taurocolato, poichè il medicamento viene assorbito lentamente dalla pleura malata e non può quindi raggiungere una forte concentrazione in circolo. Sul meccanismo d'azione di questo trattamento, oltre al fattore della sterilizzazione del cavo pleurico per l'azione battericida diretta e specifica sul pneumococco, si dà molta importanza ai processi immunitari sostenuti dai prodotti della lisi batterica. I buoni risultati ottenuti, anche in casi molto gravi, dal Cocchi, vennero confermati da Maggi, Artusi, Dardani, Pavia, Marconi ecc.

Il trattamento dell'empiema coll'optochina, usato per la prima volta, e fin d'allora con successo, dal Gralka nel 1922, venne in seguito più largamente applicato, e studiato nei suoi dettagli di tecnica, dal Woringer. Anche questo metodo è basato sull'azione specifica dell'optochina nelle infezioni da pneumococco, la quale era stata dimostrata dal Mongenroth sperimentalmente.

In seguito, il cloridrato di optochina veniva usato, somministrandolo per bocca, nella terapia della polmonite umana, con risultati però molto discordi (Voy e Cahn Bronner; Cheinisse ecc). Nel trattamento dell'empiema l'optochina è stata portata direttamente nel cavo pleurico.

Il Woringer raccomanda di estrarre sempre, dal cavo pleurico, la maggior quantità possibile di pus, prima di iniettarvi la soluzione di cloridrato di optochina al 5 %. La quantità della soluzione da iniettarsi deve corrispondere a 1/2 cc. pro Kg. di peso del bambino (pari a grammi 0,025 di cloridrato di optochina) senza mai superare i 10 cc. Tale trattamento viene ripetuto 3-4 volte di seguito, con intervalli di 1-2 giorni; dopo di che, se la temperatura cade e si mantiene bassa, e lo stato generale continua a migliorare, si attende, con tranquillità, il riassorbimento spontaneo del pus residuo. Diversamente, se si ha una ripresa della febbre e della suppurazione, si può intervenire con una seconda serie di iniezioni di optochina ed, eventualmente, anche con una terza. Tanto il Woringer quanto lo Silber sconsigliano però il lavaggio pleurico colla soluzione di optochina 5 ‰ (usato da Gralka dopo l'aspirazione del pus e prima d'introdurre la soluzione concentrata del medicamento), poichè si possono avere gravi fenomeni immediati ed, in qualche caso, anche la morte per collasso. Con questo metodo dell'optochina, Woringer avrebbe avuto i seguenti risultati:

Da 0 a 1 anno	28,6 %	di mortalità
» 1 » 2 anni	36,4 %	» »
oltre i 2 »	0 %	» »

La mortalità appare quindi notevolmente ridotta, rispetto a quella delle statistiche riferentisi agli interventi chirurgici. Risultati buoni furono inoltre segnalati da Silber, Osorio, Leitner, Seignobos, Mensi, Taccone, Greppi, ecc., soprattutto se si considera il fatto che il trattamento coll'optochina,, anche quando non porta direttamente alla guarigione completa, deerminerebbe sempre un miglioramento delle condizioni generali che può influire molto favorevolmente sull'esito di un intervento chirurgico praticato in secondo tempo. In molti casi si ottenne la completa sterilizzazione del liquido pleurico, oppure la inattivazione del pneumococco in esso contenuto (desunta dalla incapacità del germe a proliferare sui terreni di coltura), dopo 2-3 iniezioni dell'optochina. Parallelamente si osserva un rapido miglioramento delle condizioni generali. Non possiamo tuttavia dimenticare che a questo metodo si è cercato di rimproverargli l'inconveniente della tossicità che l'optochina ha sul nervo ottico. Infatti, durante l'impiego dell'optochina per bocca nella cura della polmonite, si arrivò spesso a determinare disturbi visivi (ambliopia, amaurosi) quasi sempre passeggeri, ma qualche volta anche definitivi. Il Woringer sostiene però che, osservando scrupolosamente le dosi di medicamento da lui suggerite, non si verifica, attraverso la pleura, il minimo disturbo.

Recentemente, nella Clinica di Roma, abbiamo trattato coll'optochina quattro lattanti, dai 9 ai 12 mesi di età, affetti da empiema

metapneumonico. Per prudenza, ho voluto attenermi a delle dosi sensibilmente inferiori di quelle usate dall'A. francese, limitandomi ad iniettare (durante ogni singola iniezione) grammi 0,015 di cloridrato di optochina pro Kg. di peso del bambino. In tutti i casi, non solo non si ebbe il minimo inconveniente dall'uso dell'optochina, ma si ottenne la guarigione completa, in seguito a 3 iniezioni della sostanza, praticate ogni due o tre giorni.

Questi risultati da noi ottenuti sui bambini lattanti, in cui la mortalità è tanto elevata in seguito all'intervento chirurgico, incoraggiano veramente ad esperimentare il metodo su larga scala.

***

Per concludere questa breve esposizione sui risultati e sui criteri della cura dell'empiema infantile, ritengo che, nelle forme da pneumococco, il tentativo di cura medica col metodo dell'optochina o del taurocolato di sodio, debba in via generale essere in ogni caso preso in considerazione; sopratutto quando si tratta di bambini lattanti, in cui l'intervento chirurgico, anche quello meno lesivo (pleurotomia), determina una percentuale elevatissima di mortalità, superiore forse a quella che si può avere colle semplici punture evacuative. In tutti i casi, converrà che l'aspirazione del pus e la relativa introduzione, nel cavo pleurico, della soluzione di optochina (o del taurocolato di sodio) vengano praticate al più presto possibile. Intervenendo con uno di questi metodi ed usando, beninteso, le norme e le dosi del medicamento, consigliate rispettivamente dal Woringer e dal Cocchi, si potrà (anche nei casi in cui non si ottenga una guarigione definitiva) diminuire la virulenza dei germi, stimolare — attraverso i prodotti della lisi batterica — i processi immunitari dell'organismo, migliorare, in modo sensibile, lo stato generale del malato e creare, in tale guisa, condizioni favorevoli per un intervento chirurgico successivo.

Negli empiemi d'altra natura batteriologica invece, la cura d'elezione resta tuttora quella chirurgica (specie la costotomia), evitando però, quando sia possibile, d'intervenire troppo precocemente. Per favorire il miglioramento delle condizioni generali converrà, nell'attesa dell'intervento radicale, di praticare tempestivamente, e ripetutamente delle punture evacuative.

RIASSUNTO.

L'A. si sofferma particolarmente sul trattamento chirurgico (costotomia e pleurotomia) e sui metodi recenti, di terapia medica, colle iniezioni endopleuriche di taurocolato di sodio e di cloridrato di optochina. Oltre ai dati della letteratura, vengono riportate alcune osservazioni personali. Conclude in favore del trattamento precoce, coll'optochina o col taurocolato, nell'empiema da pneumococco, mentre nelle forme sostenute da altri germi, la cura d'elezione resta quella chirurgica (specie la costotomia), praticata senza precipitazione ed, in genere, preceduta da punture evacuative.

BIBLIOGRAFIA.

ARTUSI. Riv. Clin. Ped., 1928, p. 840.
CHEINISSE L. La Presse méd., 1922, p. 522.
COCCHI. Riv. Clin. Ped., 1927.
COMBY. Arch. méd. des enfants, 1922, p. 548.
DARDANI. Riv. Clin. Ped., 1929, p. 564.
GRALKA. Monatschr. f. Kinderh., 1922, p. 280.
LEITNER. Ibid., 1928.
LADD e CULTER. Surgery, Gynec. a. Obstr., 1914, n. 4.
MAKAI. Deut. Med. Woch., 1927.
MENSI. Clin. ed Igiene Inf., 1928.
MAGGI. Atti XII Congr. It. di Ped., Napoli, 1927.
MORGENROTH e LEVY. Berl. Klin. Wochenschr., 1911, n. 34-44.
PAVIA. Atti XIII Congr. It. Ped., Torino, 1929.
SEIGNOBOS. Thèse de Lyon, 1927.
SILBER. Monats. f. Kind., 1928, p. 35.
TACCONE. Pediatria Pratica, 1930.
OSORIO. Riv. Med. del Cile, 1928.
ROUDEPIERRE. Gaz. méd. de France. 1929.
VOY-CAHN-BRONNER. Ergebn. d. inn. Med. und Kind., 1922, p. 420.
ZYBELL. Monatschr. f. Kind., 1912, p. 93.
WORINGER. Arch. méd. des enfants, 1924, p. 713; Revue franç. de Péd., 1929, p. 60.
GREPPI. L'Ospedale Magg. di Novara, VIII, n. 2, febbraio 1931.
SPENCE. Am. Journ. Dis. Childr., 1920, vol. 20, p. 545.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DI S. ANDREA APOSTOLO IN GENOVA
SEZIONE V CHIRURGICA
diretta dal primario dott. A. PASSAGGI.

Utero pseudo-didelfo con vagina divisa ed ematocolpo destro

per i dottori E. GAGGERO E T. CRIPPA.

Il caso che noi ci siamo proposti di comunicare deve classificarsi tra le malformazioni dell'apparecchio genitale femminile, quale un utero pseudodidelfo con vagina divisa.

Diciamo pseudodidelfo, perchè quest'organo, pure avendo sdoppiata la cavità, sia del corpo che della cervice, esteriormente osservato si presenta come un utero unico, ma abnormemente foggiato a sella dalla parte del suo fondo.

Ciascuno dei due canali cervicali si continuava poi quasi impercettibilmente coll'imbuto vaginale suo proprio, senza parvenza alcuna di muso di tinca e relativi fornici.

FIG. 1.

La porzione destra della vagina era atresica in basso, e, formando un sacco chiuso al disotto d'un utero attivo, si venne dall'inizio della pubertà riempiendo di sangue mestruale, onde la formazione d'un ematocolpo.

La duplicità dell'apparato genitale femminile (1) è dagli studi embriologici riferita ad un difetto di sviluppo, e, cioè, al mancato avvicinamento, o, alla mancata fusione dei canali del Müller (avvicinamento e fusione, che di solito si completano verso la fine del quarto mese della vita endouterina) e al fallito, in tutto o in parte, riassorbimento del setto, fenomeno, che normalmente solita verificarsi a grado a grado procedendo dalla vulva verso il fondo dell'utero. Egli è perciò, che possono osservarsi delle varietà di utero bicorne (difettosa fusione) e di utero doppio (mancato avvicinamento), che vanno dal semplice utero arcuato, che è il più lieve indice del vizio in parola, fino alla duplicità completa del canale, cioè, all'utero doppio separato, con doppia vagina.

Dato questo sommario cenno, passeremo, senz'altro, all'esposizione del caso testè osservato nell'Ospedale Galliera, Sez. V., Sala 13, n. di ammiss. 1436.

R. C., di anni 16, nubile, casalinga. Padre morto a 35 anni in seguito a tubercolosi polmonare. Madre vivente e sana; non ebbe altro concepimento. La nostra inferma nacque da gravidanza e parto normali, e manifestò sempre uno sviluppo regolare. Sofferse le comuni malattie esantematiche dell'infanzia ed anche di adeniti sottomascellari, per alcune delle quali si dovette ricorrere alla cura chirurgica, di cui sono tuttora visibili i relitti cicatriziali. A undici anni e mezzo comparve la prima mestruazione, che fu regolare per quantità e durata ed anche abbastanza blanda. Seguì un periodo di amenorrea della durata di circa cinque mesi, dopo di che le mestruazioni ricomparvero normalmente. Fu verso il tredicesimo anno di età, che il periodo catameniale, pur mantenendosi sempre regolare per quantità e durata, cominciò ad essere accompagnato da vivi dolori, che insorgevano il primo giorno (2), dolori specialmente localizzati al lato destro della cavità pelvica, e tali da obbligar sovente l'inferma al riposo assoluto. La stessa, opportunamente interrogata, risponde di non essersi mai accorta dell'esistenza di alcuna tumefazione alla vulva o nella prossima via genitale. Solo due mesi or sono, dopo una gita, durante la quale ella afferma di essersi alquanto strapazzata e di aver forse un po' ecceduto nel bere, ebbe a constatare, con dolorosa sorpresa, che l'atto della minzione le riusciva del tutto impossibile, mentre contemporaneamente il suo ventre, specialmente nel quadrante inferiore di sinistra, manifestava una insolita tumefazione. Tirò così innanzi dolorando per ben tre giorni, e fu appunto in questa occasione che un sanitario, dopo averle praticato il

(1) Questa duplicità di organi, che normalmente nel genere umano sono unici, è invece fisiologica in alcune specie di animali, come rosicanti, marsupiali, ecc.

(2) L'insorgenza di dolori durante il periodo mestruale a un anno e mezzo di distanza dall'inizio della pubertà ed il fatto dell'esistenza di un semplice emato-colpo, senza emato-metra, può far pensare ad una lesione relativamente prossima all'epoca delle più tumultuose manifestazioni dall'inferma presentate, avvalorando così l'ipotesi ammessa da Abruzzese, quella, cioè, di un non contemporaneo e parallelo inizio dell'attività funzionale degli uteri doppi.

cateterismo, si accorse delle anormali condizioni di quell'addome e consigliò alla famiglia di provocare la visita d'un ginecologo allo scopo di chiarire la natura dell'affezione, che di quell'accidente urinario doveva essere stata la causa precipua. Perciò la paziente venne presentata a noi per consulto ed il giorno 13-X-1930 era ammessa nel nostro Ospedale.

E. O:. nulla di notevole nei vari altri organi ed apparati; alla palpazione dell'ipogastrio si rileva una tumefazione rotondeggiante fissa, non fluttuante nè dolorosa, la quale punta specialmente al disopra e a destra del pube. L'esplorazione vaginale, non ostacolata dalle condizioni imenali, diventa meno agevole verso la porzione superiore della vagina abnormemente compressa e spinta a sinistra. Invano si cerca di riconoscere il muso di tinca, che non pare raggiungibile colla punta dell'indice. Al toccamento combinato si rileva nella piccola pelvi la presenza di un grosso tumore uniformemente elastico, ma non fluttuante, tumore poco mobile e soverchiante la linea del pube, al disopra del quale, ma non oltre la ombelicale trasversa, si palpa un elemento di consistenza più solida, come quello di un utero che fosse stato respinto fuori del piccolo bacino.

FIG. 2.

L'esame collo speculum è possibile farlo solo in modo assai poco soddisfacente, non essendoci mai riuscito di mettere in evidenza il fondo della vagina nè di sondare la cavità dell'utero.

Fatta diagnosi di probabile cisti parovarica incuneata nella piccola pelvi, si decide di praticare una laparotomia esplorativa pensando che dovesse riuscire così più facile dominare la situazione.

L'atto operativo venne effettuato il 15-X-1930 in morfio-etero-narcosi. Posizione di Trendelenburg: taglio mediano dall'ombellico al pube. Aperta la cavità peritoneale, si riconosce subito un utero di poco più grosso del solito, ma di forma anormale, a tipo bicorne e situato al polo superiore di una tumefazione irregolarmente ovoide, fissa, congesta, di consistenza elastica, ma non fluttuante, tumefazione che fa corpo, per così dire, coll'utero stesso.

Fu in seguito a vari ed indaginosi tentativi di isolamento, che la spessa parete della supposta cisti venne a lacerarsi dando esito ad una abbondante quantità di sostanza bellettosa, nerastra, inodora, coi caratteri insomma, di una massa sanguigna condensata, ma senza veri coaguli. Vuotata accuratamente la sacca e riconosciuta la natura mucosa della sua superficie interna, si capì di aver da fare con un caso di ematocolpo.

FIG. 3.

FIG. 4.

Durante gli atti operativi, un reperto di sorpresa obbliga sovente il chirurgo ad un immediato cangiamento del piano d'attacco, ed il nuovo indirizzo viene determinato dalla subitanea, più o meno felice, intuizione dell'opportuno *quid agendum* per fronteggiare nel miglior modo le

circostanze impreviste, nonchè per provvedere in tempo alle probabili eventualità postume.

Così fu che nel caso speciale si optò sen'altro per l'isterectomia totale, conservando però ambo le ovaia. Il decorso post-operatorio, salvo un periodo di dieci giorni di inerzia vescicale, si svolse regolarmente, e dopo meno di un mese dal suo ingresso l'inferma lasciava l'ospedale in uno stato di bene avviata convalescenza.

Ben consci di avere il consenso della maggior parte di coloro, che si trovarono alle prese colla realtà pratica, nel momento in cui lasciamo la sala operativa per entrare in quella parlamentare, non siamo lungi dall'attenderci qualche ovvia critica, sia in ordine alla mancata diagnosi, sia riguardo alla tattica adottata in definitiva pel caso nostro.

Alla osservazione semplicista che una puntura esplorativa fatta per via vaginale avrebbe potuto servir molto a chiarire la natura del processo morboso non possiam noi certo negare il debito ossequio; solo speriamo ottenere indulgenza notificando che tale pratica aveva già indotto altri Colleghi ad una diagnosi generica di « Morbus mali moris » e alla conseguente applicazione del precetto « Noli me tangere ».

Riconosciamo subito che con una diagnosi precisa il programma di azione avrebbe potuto essere più conservatore e meno rischioso per l'inferma, almeno immediatamente, limitandosi ad una semplice colpotomia ed ammettendo tutt'al più una prudenziale sterilizzazione mediante salpingo-cleisi.

Ma di questo senno del poi si giovino pure all'occasione i più virtuosi in diagnostica, se non temono di dover un giorno pentirsi di aver lasciato in posto un organo difettivo e non affatto immune da' pericoli inerenti alla sua eventuale morbilità futura!

La illusione catameniale così concessa a queste donne fallite non parci debba abbastanza compensare il rischio probabile, cui restano ancora esposte.

RIASSUNTO.

Gli AA. presentano un caso di sdoppiamento congenito degli organi genitali femminili rilevato in una giovane di 16 anni dallo sviluppo di un voluminoso ematocolpo.

BIBLIOGRAFIA.

ABRUZZESE G. *Ricerche sperimentali sull'indipendenza funzionale dei due corni uterini negli uteri doppi.* Annali di Ost. e Ginec., n. 4, pag. 468, a. 1928.

ALBERTI B. *Ematocolpo da setto trasverso vaginale.* Clinica Ostetrica, n. 3, a. 1924.

BARNES R. *Traité clinique des maladies des femmes*, pag. 162, Masson, Paris.

BROMAN. *Sviluppo normale ed' anormale dell'uomo.* Wiesbaden, 1911.

CIULLA M. *Un caso di utero didelfo con ematosalpinge, ematometra ed ematocolpo sinistro.* Policl., Sez. Prat., giugno 1924.

CLAUSER F. *Alcuni quesiti sulle malconformazioni uterine.* Rass. Ost. Ginecol., agosto-settembre 1929.

DESCAMPS A. *Vagin double avec Hydrocolpos.* La Gynécologie, pag. 204, avr. 1929.

DOGLIOTTI M. *Utero doppio con corno abberrante e salpingite emorragica monolaterale.* Riv. It. di Ginec., vol. I, fasc., a. 1923.

GIORDANO. G. *Di un interessante caso di utero e vagina doppia complicato da ematosalpinge ed ematocolpo unilaterale.* Ann. di Ost. e Ginec., n. 2, 1924.

GROSSE. *Utérus double (Histoire obstétricale d'une femme ayant un —).* La Gynecologie, pag. 496, a. 1929.

HEGAR A. e KALTENBACH R. *Traité de Gynécologie opératoire*, pag. 471, G. Steinhell, Paris.

KAUFFMANN E. *Trattato di anatomia patologica speciale*, parte II, vol. I, pag. 1280. Vallardi, Editore, Milano.

KEHRER. *Dans Nebenhorn des doppelten Uterus.* Heidelberg, 1900.

LEZARESCU e ANDREOI. *Utero doppio, ematometra unilaterale.* Gynec. Obstétrica, n. 1, anno 1929.

LUARDI G. *Utero doppio con salpingo-ovarite bilaterale.* Riv. di Ost. e Ginec. Prat. n. 3, 1925.

MARTIN A. *Traité clinique des maladies des femmes*, pag. 64, G. Steinheil. Ed. Paris.

OMBREDANNE e MARTIN. *Les utérus doubles.* Rev. de Gynéc., pag. 959, anno 1903.

PAMBOUKIS O. *Les malf. des org. gén. int. de la femme.* Baillière et fil, Edit., Paris, 1920.

PETIT P. et DUTAILLIS. *Les suites de deux emi-hystérectomies subtotales pour utérus doubles.* La Gynécologie, pag. 350, juin 1930.

PIQUAUD. *Les utérus doubles. Anatomie et dévelop.* Rev. de Gynéc., pag. 401, a. 1910.

TESTUT. *Anatomia umana*, vol. 3°, pag. 217.

VAN ERPS E. *Un cas d'utérus didelphe.* La Gynécolog., avril 1925.

STUDI RIASSUNTIVI

Le pollinosi.

(V. SCIMONE. *La Clin. Med. Italiana*, marzo 1931).

L'A., valendosi di una casistica molto larga (circa 400 casi) riferisce i risultati delle osservazioni eseguite da vari anni, nella Scuola Clinica del Prof. Frugoni, sulle manifestazioni cliniche legate al polline delle piante. Accettando il nome proposto da Kammerer di « pollinosi » o di « allergia ai pollini », raggruppa sotto questo nome tutte le manifestazioni a tipo allergico che il polline può dare nell'uomo.

Si può definire la pollinosi uno stato di ipersensibilità ai pollini di determinate piante, che si manifesta con crisi ricorrenti legate all'epoca di pollinazione delle piante stesse e che può estrinsecarsi con fatti irritativi a carico di un tratto o di tutte le vie respiratorie dal naso ai bronchi, delle congiuntive, della pelle.

I casi più frequenti della statistica dell'A. ed in genere della pollinosi, sono quelli di oculorinite. In alcuni casi l'oculorinite si accompagna a crisi di tosse spastica a tipo pertossoide la quale può presentarsi qualche volta indipendentemente dall'oculorinite e come unica manifestazione della pollinosi. A questi sintomi talora si aggiungono tipici accessi di asma bronchiale, riproducenti in pieno il quadro dell'accesso asmatico comune. Tali accessi sono spesso preceduti dalle manifestazioni oculonasali, tanto che in genere si può dire che, quando un accesso asmatico è preceduto da tali manifestazioni ed è stagionale, è legittimo pensare ad una forma da pollini, benchè altre forme di asma da inalazione (polvere d'ipecacuana, peli, polvere di grano, ecc.) possono dare oculorinite associata all'accesso asmatico.

Le varie manifestazioni respiratorie possono presentarsi isolate o variamente intrecciate.

L'oculorinite si accompagna ora solo alla tosse spastica, ora a tosse ed oppressione, ora a tosse ed asma bronchiale. In questo tipo di associazione per cui le manifestazioni si estrinsecano in ordine discendente rispetto all'albero respiratorio, sembra far riscontro un'altra caratteristica. Mentre in taluni casi l'oculo-rinite si mantiene unica manifestazione della pollinosi, in alcuni casi invece col progredire degli anni all'oculorinite si vanno associando manifestazioni prima tracheali e quindi bronchiali, quasi ad esprimere una successiva sensibilizzazione delle vie respiratorie che segua un cammino discendente. Nella maggior parte dei casi non si riesce a mettere in evidenza un elemento nuovo che spieghi l'estendersi della forma. La affermata riduzione spontanea dei fenomeni col progredire dell'età viene solo raramente confermata dalla statistica dell'A.

L'intensità delle manifestazioni dipende da un elemento del tutto individuale e da fattori estrinseci e la gravità della forma va valutata non solo in base alla estensione del tratto interessato, ma anche a seconda dell'intensità delle manifestazioni. Grande parte nella entità dei sintomi gioca indubbiamente il fattore determinante della crisi allergica, cioè il polline, e quindi tutte le condizioni che favoriscono la sua presenza in gran copia nell'aria o che determinano un contatto più prolungato ed abbondante con le mucose del soggetto.

In Italia la grande maggioranza dei casi compare in primavera, da marzo a luglio, più precocemente in pianura nel sud d'Italia, più tardivamente nel settentrione e nelle regioni montane. Per ogni singolo individuo la forma ha la sua evoluzione in genere di 4 o 5 settimane, che non hanno un'epoca fissa poichè le sofferenze si verificano solo nel culmine della pollinazione.

Oltre alle forme primaverili ve ne sono, benchè meno frequenti, che si svolgono o si ripetono in autunno, in coincidenza con la pollinazione di piante autunnali.

Oltre alle manifestazioni respiratorie, altre ve ne sono, di cui le più frequenti sono quelle congiuntivali, di cui si è detto, e quelle cutanee. Fra queste ultime il primo posto spetta all'urticaria, che può accompagnare in qualche caso costantemente le crisi respiratorie, mentre altre volte compare unicamente negli accessi gravi. In alcuni casi sono invece forme eczematose che compaiono particolarmente in primavera in coincidenza con le manifestazioni respiratorie. In tali casi di eczema la natura pollinica non può essere affermata unicamente in base alle cutireazioni, ma avrà bisogno di controprova clinica, quale l'osservazione che il trattamento dissensibilizzante porti alla scomparsa o all'attenuazione di tutti e due i tipi di manifestazione.

Altra forma morbosa, che figura con una certa larghezza nella statistica dell'A., è l'emicrania, i cui accessi hanno preceduto talora e non con ritmo stagionale le pollinosi, talora invece le hanno accompagnate.

Il fattore ereditario, sia nel senso di eredità diretta omologa che eterologa di forme affini ritenute o dimostrate allergiche figura circa nel 92 % dei casi. Il fattore disposizione individuale gioca indubbiamente larga parte nella sensibilizzazione ai pollini ed è dimostrato oltre che dalla ereditarietà, dalla presenza precedente o contemporanea nel medesimo individuo di forme allergiche (eczema, urticaria, emicrania); da sensibilizzazione verso altri tipi di antigeni che possono dare manifestazioni o delle vie respiratorie (corizza,

asma) o a carico di altri organi (pelle, apparato digerente, ecc.).

La presenza delle pollinosi in Italia, rispetto a quella data dagli AA. americani per l'America, è notevolmente inferiore. Esiste una maggiore percentuale tra i maschi (75 %) ed è evidente una minima percentuale di casi fra gli individui che abitano le campagne benchè più largamente a contatto con i pollini.

Le cutireazioni praticate su vastissima scala con circa 600 specie diverse di pollini, hanno dimostrato che nella massima parte dei casi la sensibilizzazione è multipla. A parere dell'A., non esiste però rapporto alcuno fra la gravità delle manifestazioni cliniche e la molteplicità della sensibilizzazione. In Italia la flora asmogena è rappresentata in grandissima prevalenza dalle poacee e subito dopo dalle asteracee e dalle urticacee.

Nelle ricerche a scopo pratico è quindi sufficiente praticare le reazioni con i pollini delle piante suddette. La forma autunnale è legata in parte ad alcune piante a fioritura autunnale; in massima parte alla rifioritura delle medesime piante responsabili della forma primaverile. C. TOSCANO.

SUNTI E RASSEGNE.

ONCOLOGIA.

Ricerche sperimentali sul cancro.

(W. H. WOGLOM. *The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, febbraio 1931).

Etiologia. Molte notizie sono state raccolte in proposito, alcune ormai sicure, altre che si devono rigettare. Il cancro fu trovato piuttosto frequentemente nei pesci, per cui l'importanza del suolo e del clima è caduta. Anche la dieta come causa cancerigna non ha valore, perchè il cancro non risparmia nè carnivori nè erbivori. La presenza d'irritazioni croniche rimane uno dei fattori che non si sono potuti eliminare.

Nei ratti si osservarono cancri che furono messi in rapporto con parassiti. Nei topi si può produrre il cancro col catrame, che invece non agisce nei ratti e nei cani.

Per provocare il cancro sperimentalmente occorrono una sostanza irritante, un terreno adatto e un certo tempo. Per la fortunata associazione di questi tre fattori riuscirono gli esperimenti di Yamagiwa e Itchikawa sul coniglio col catrame.

La forma larvale della Taenia crassicollis può dare il sarcoma sul ratto.

Col cancro provocato sperimentalmente si vide che l'età non ha importanza nello sviluppo del cancro, ma ha importanza la durata della causa provocante. Questo corrisponde a quanto si è visto anche nell'uomo (così il cancro della vescica nei lavoratori di anilina, quello della pelle nei radiologi).

Si calcola che nell'uomo occorrano 15 anni tra l'inizio di una irritazione cronica e lo sviluppo del tumore.

Per quanto riguarda *le caratteristiche della cellula cancerigna*, morfologicamente non si è ancora trovato nulla di particolare che permetta di riconoscere la malignità. Lipschütz ha descritto una « reazione della plastina » consistente in una massa di citoplasma posta da un lobo del nucleo e che rappresenterebbe una dimostrazione ottica del cambiamento subìto da una cellula che diventa maligna.

Furono fatte numerose ricerche chimiche sulle cellule cancerigne, ma senza risultati apprezzabili. Fu anche osservato che la respirazione del tessuto cancerigno non è superiore a quella del fegato e del rene normali, ma anzi inferiore di molto, probabilmente per abbondante produzione di acido lattico (da glicolisi) e che inibisce la respirazione. Ma il tipo respiratorio del cancro si trova anche in tumori non maligni.

Senza risultati importanti furono studiati il metabolismo dei sali, tensione superficiale, il punto isoelettrico, il glutatione, le proteine, i grassi, i carboidrati, le vitamine, gli enzimi, l'insulina, ecc. la concentrazione degli idrogenioni.

Interessante è pure il problema dell'*immunità*, che si osserva nel sarcoma sperimentale di Jensen guarito. In questo capitolo speciale, è ormai assodato che non si riesce a immunizzare contro un tumore che già ha cominciato a svilupparsi.

La *cura specifica* non si conosce; la cura coi raggi è solo raramente efficace.

R. LUSENA.

Esiste un puro sarcoma a cellule giganti?

(HERMANN SIMON. *Dts. Zeitsch. f. Ch.*, vol. 229, fasc. 3-5).

L'A. ricorda che molti nomi di malattie non corrispondono più oggi alle esigenze di nuove e più precise cognizioni. Così si è finora parlato di sarcomi a cellule giganti nel senso di formazioni tumorali caratterizzate da un tessuto fibrillare fusocellulare ricco di numerose cellule grosse polinucleate; l'A. si propone di dimostrare che non esiste un sarcoma giganto cellulare con le proprietà di un tumore maligno e che quindi tale denominazione è da abolire.

Esamina a tal proposito le formazioni che vanno col nome di sarcoma gigantocellulare: le epulidi, i sarcomi giganto-cellulari centrali capsulati delle ossa, gli xantosarcomi.

Le epulidi per il fatto che non danno metastasi; p. l'aspetto istologico del tessuto, simile a un tessuto di assorbimento sorto dove sia avvenuta una distruzione asettica di osso;

per il contenuto di pigmento ferruginoso delle cellule giganti; per la frequente neoformazione di osso; per il presentarsi nel corso della osteodistrofia fibrosa formazioni simili sui mascellari, vanno ascritte appunto alla osteodistrofia fibrosa; si dovrebbe parlare di epulide granulomatosa (Siegmund e Weber).

Il sarcoma gigantocellulare capsulato centrale delle ossa non dà metastasi; guarisce anche con interventi non radicali; non presenta polimorfismo degli elementi cellulari; dimostra chiari rapporti delle cellule giganti con pregresse emorragie e con endoteli vasali; presenta neoformazioni di osso, fatti per i quali si rende simile alla osteodistrofia fibrosa. Tali processi si possono con Lubarsch denominare « neoformazioni infiammatorie croniche da riassorbimento ».

Infine sono considerati come sarcomi giganto-cellulari gli xantosarcomi, caratterizzati dalla presenza di cellule xantomatose contenenti un lipoide birifrangente, e di cellule giganti. Non danno metastasi, non hanno sviluppo infiltrativo, crescono lentamente: perciò vanno considerati come tumori di granulazione.

Oltre a questi tre tipi di tumori citati, non si conoscono che rarissime osservazioni di sarcomi giganto-cellulari in altre parti del corpo, che lasciano molto in dubbio se siano o no sarcomi.

L'A. conclude che tutte le forme di tumore sinora considerate come tipici sarcomi a cellule giganti non sono sarcomi e nemmeno puri tumori, e che quindi non esistono sarcomi giganto-cellulari. Egli vuole rafforzare questo concetto già espresso da altri e propone di abolire tale denominazione dai trattati e di sostituirla con quella di tumori di granulazione; e ciò non solo a scopo accademico, ma anche a scopo evidentemente pratico.

P. Stefanini.

Associazioni e deviazioni neoplastiche nel linfogranuloma.

(A. Ceresoli. *Ospedale Magg.*, n. 3 marzo 1931).

La maggioranza degli AA. è concorde nel ritenere il linfogranuloma un processo infiammatorio cronico; alcuni aggiungono che tale processo è di natura tubercolare, come confermano dei dati sperimentali; altri invece pensano che si tratti di un processo neoplastico, sia per l'andamento rapido e tumultuoso che assume talora il linfogranuloma, sia perchè all'esame istologico è possibile trovare elementi di sicura origine neoplastica.

La questione importante è di stabilire se si tratta in realtà di associazione neoplastica o di deviazione neoplastica del linfogranuloma, in quanto è sempre possibile rintracciare, frammisti a quelli del tessuto neoplastico, gli elementi cellulari caratteristici del linfogranuloma. Di questi casi son riferiti diversi in letteratura, e interpretati dagli AA. come deviazioni neoplastiche del linfogranuloma; ma da una severa disamina dei casi appare evidente come non si possa parlare di tipiche neoplasie nella maggioranza dei casi, ma di associazioni neoplastiche. Il Ceresoli porta un contributo istopatologico di due casi di linfogranulomi, i quali, accanto ai caratteristici elementi del linfogranuloma, con cellule di Sternberg, presentarono uno elementi neoplastici di linfoangioendotelioma, ed un altro di sarcoma fusocellulare. Nella considerazione critica di tali casi, egli pur ammettendo la rarità di queste associazioni, non si sente autorizzato ad ammettere che il linfogranuloma sia tendenzialmente sempre capace di trasformarsi in tessuto neoplastico, poichè se tale fosse la meta ultima del processo granulomatoso, queste trasformazioni dovrebbero essere più frequenti. Quindi la questione è più semplice, perchè o si tratta della concomitanza di due processi, neoplastico ed infiammatorio, oppure si tratta d'uno sviluppo anaplastico che può assumere ora l'uno ora l'altro degli elementi cellulari del linfogranuloma, e che si verifica solo in qui casi in cui vi sia una disposizione alle neoplasie, la quale esplode in presenza di un processo infiammatorio qualsiasi. Tuttavia questa seconda ipotesi non si può controllare fin dall'inizio, e quindi non si può escludere la coesistenza dei due processi iniziali.

In conclusione il linfogranuloma deve ritenersi come un processo infiammatorio ad andamento cronico, in cui si può riscontrare o un contemporaneo sviluppo d'un processo neoplastico, o la deviazione del processo infiammatorio in quello neoplastico. Comunque queste eventualità sono casi rari. L. Carusi.

Epulide maligna.

(Krabbel. *Brun's Beit. z. Klin. Chir.*, 149, H 3, 1930).

L'epulide è riguardata da tempo clinicamente come una neoformazione benigna, ma quando i patologi parlarono di un quadro di sarcoma a cellule giganti si ammise che il tumore istologicamente è un vero neoplasma e di natura maligna.

Le nuove conoscenze sulla così detta osteodistrofia fibrosa hanno illuminato anche l'epulide gigante cellulare. Secondo Siegmund l'epulide sarebbe una forma di tumore bruno e quindi una osteite fibrosa localizzata. La riguarda come una neoformazione riassorbibile, non un neoplasma autonomo, ma una neoformazione atipica. Non presenta mitosi, il suo sviluppo avviene nel punto ove si ha un'alterazione del tessuto osseo per un processo infiammatorio cronico; non dà metastasi, le recidive sono molto rare. Invece Weichert ha visto una metastasi con lo stesso quadro istologico dell'epulide nel precuneo sinistro del cervello.

Rysokind che ne ha studiati 70 casi riguarda l'epulide non come una formazione blastomamatosa ma come una proliferazione reattiva del tipo di granulazione. Sopratutto questi considera l'assenza dell'atipia e di un vero polimorfismo del tessuto.

L'A. ha osservato in una donna di 24 anni un'epulide del margine alveolare del mascellare superiore che si accrebbe come un vero neoplasma maligno ed in cui l'esame istologico fatto dopo un primo intervento diede il quadro di una tipica epulide a cellule giganti. Dopo un nuovo intervento per recidiva si ebbe lo stesso quadro istologico, finalmente in un terzo intervento col quale fu resecato il mascellare si ebbero dei preparati di un pezzo con il quadro di un sarcoma a cellule giganti e in un altro punto quello di un vero sarcoma con polimorfismo cellulare, atipia nucleare e mitosi.

R. BRANCATI.

Cordoma della nuca: estirpazione, radioterapia postoperatoria, morte; evoluzione in 1 anno.

(ROCHER e GUÉRIN. *Bull. Mém. Soc. Nat. Chir. de Paris*, 8 marzo 1930, n. 8, p. 286).

I cordomi sono tumori che provengono dai resti della corda primitiva. Più frequenti sono quelli a sede sacrococcigea: più rari quelli sfeno-occipitali; è stato rinvenuto persino un cordoma eterotopico della faccia (Corsy et Surmont).

Gli AA. hanno avuto occasione di osservarne un caso in un giovane di 17 anni, il quale fu colpito da dolore alla nuca, specie a sinistra, e dopo 8 giorni notò quivi la presenza di una tumefazione, e rapido accrescimento. La radiografia dimostrò la presenza, nella doccia vertebrale di sinistra fino all'occipite, di una tumefazione a limiti netti e con aspetto normale dello scheletro. All'operazione al disotto del piano muscolare della zona più alta della nuca a ridosso dello speco vertebrale nella doccia di sinistra rinvennero un tumore, che raggiungeva l'occipite e si infossava tra gli spazi intertrasversali ed interlamellari, di consistenza friabile, aderente al periostio. Fu compiuta l'asportazione del tumore, il quale dimostrò dall'esame istologico la natura di cordoma. Guarigione ed indi applicazioni radioterapiche. Benessere per 4 mesi.

Di poi di nuovo dolori alla nuca con irradiazioni frontali; comparsa di turbe riferibili ad aumento di pressione endocranica, gradualmente progredienti. Lieve miglioramento in seguito a trapanazione cranica e derivazione di liquido C.R. Ma il quadro clinico peggiorò e l'ammalato venne a morte.

Le neoplasie benigne delle corde risiedono nella regione del clivus, e furono descritte da Virchow come tumori cartilaginei (eccondrosi fisalifora); sono perciò distinti dai tumori maligni delle corde, o cordomi. Questi sono limitati da una caspula, la quale in seguito si rompe; nella massa del tumore decorrono dei vasi sottili, i quali possono dar luogo ad emorragie. È caratteristica di questi tumori la tendenza ad invadere il tessuto osseo, mentre le parti molli sono invase tardivamente. Sono più frequenti negli uomini; l'età dei pazienti è variabilissima.

I cordomi cervicali sono rarissimi (4 osservazioni).

I risultati operatori sono poco incoraggianti; di solito l'operazione è stata incompleta in quelli sfeno-occipitali ed in quelli cervicali. Ma anche nei cordomi sacrococcigei la recidiva è frequente, 28/32 (Stewart e Morin).

In genere i cordomi sono caratterizzati da evoluzione maligna e rapida, da recidiva postoperatoria precoce e da influenza negativa delle irradiazioni.

JURA.

Tumori rari del cuoio capelluto.

(ERB. *Brun's Beitr. z. Klin Chir.*, 1930, 149, H. 4).

Dal materiale di ambulatorio della Clinica Chirurgica, di Königsberg diretta da Läwen ha tolto un tumore molto raro a tipo misto. Un uomo di 47 anni che a 9 anni aveva ricevuto un trauma sulla testa con una piccola ferita; dopo circa mezzo anno vi si sviluppò sopra un tumoretto che l'infermo doveva coprire coi capelli dalle parti vicine. Negli ultimi anni tale tumore aveva raggiunto la grandezza di una noce e presentava una superficie nodulare. Esso venne asportato con anestesia locale come un fibroma e presentava al taglio l'aspetto dei tumori misti delle ghiandole salivari.

All'esame istologico mostrava: una prima parte del tessuto mixomatoso, con tipiche cellule stellate e cellule rotonde a tipo epiteliale che erano disposte anche a zaffi pieni. In altri punti queste cellule epiteliali si disponevano a formare dei tubuli che erano ripieni nell'interno di una sostanza a tipo colloide. In altri punti si trovavano soltanto tubuli epiteliali atipici coi caratteri di un adeno-carcinoma.

In altri punti ancora l'aspetto istologico ricordava il tumore a cellule cilindriche con elementi allungati, nucleo alla base, protoplasma spugnoso e che dal prof. Kaiserling erano interpretati come neuro-epiteli. Il tumore presentava ancora una parte cartilaginea ed altre con un pigmento ematico.

Questo tumore misto potrebbe essere spiegato ammettendo una metaplasia degli elementi come si può riscontrare in vari tumori. Un'altra spiegazione potrebbe esser data dall'ammissione di una dislocazione di germi

mesenchimali ed ectodermici durante lo sviluppo embrionale.

Per la parte epiteliale si può pensare che essa provenga dalle ghiandole sudoripare avendo una grande somiglianza con i tumori di tali ghiandole descritti da Billroth e più tardi da Coenen col nome di idrosadenoma cilindromatoso. A questi epiteli si devono riportare quelle cellule cilindriche riguardate come neuroepiteli.

Nella letteratura ha trovato casi molto simili come tumori misti della parotide, uno descritto da Pennisi, un altro da Hansemann, un altro da Arzt.

Secondo Coenen si possono avere tumori fibro-epiteliali delle ghiandole cutanee, sudoripare, salivari che si possono riguardare nella stessa famiglia riportando lo sviluppo di tali ghiandole a proliferazioni ectodermiche.

Quanto più si eleva lo sviluppo della ghiandola tanto più le cellule sono indifferenziate.

Riguardo al trauma crede che questo non abbia avuta nessuna causa etiologica ma che piuttosto abbia contribuito nell'accrescimento del tumore datante dalla nascita.

La prognosi di questi tumori è buona.

R. Brancati.

Contributo alla diagnosi dei tumori a clessidra della colonna vertebrale.

(N. Guleke. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 161, pagina 710, 1930).

I tumori a clessidra della colonna vertebrale rappresentano un gruppo unico dal punto di vista della sintomatologia e dell'intervento, differiscono invece dal punto di vista istologico per quanto i più frequenti sieno i neurinomi. Si tratta, come dice il nome, di tumori che crescono dentro e fuori del canale vertebrale e in cui le due porzioni sono unite con un istmo sottile che passa per lo più per il foro intervertebrale. L'A. ha avuto occasione di osservare 10 casi. Quando il tumore estravertebrale ha raggiunto un discreto volume è possibile di fare una diagnosi preoperatoria esatta; negli altri casi l'esame della radiografia mette in evidenza un forame vertebrale allargato, più o meno alterato e nettamente delimitato, talvolta è possibile di vedere anche uno schiacciamento laterale del corpo, talora la presenza di zone chiare nel corpo che sono dovute a nicchie in cui è allogato il tumore estravertebrale.

Per quanto riguarda la loro genesi, Coenen ha affermato che la strozzatura mediana è dovuta al fatto che il tumore, originatosi nello stadio embrionale viene strozzato nella parte mediana dall'osso nel suo sviluppo normale. Per l'A. si tratta invece in molti casi, di una genesi più tardiva: il tumore crescendo passa attraverso il forame e oltrepassato questo cresce e sviluppa la seconda metà della clessidra.

Comunque la questione dell'origine ha una importanza teorica, è necessario invece, in tutti i casi di tumori del canale vertebrale e intervertebrale di indagare esattamente per riconoscere un eventuale tumore a clessidra. A ciò serve un esame obiettivo minuto e un esatto studio della radiografia. Anche durante l'intervento occorrerà sempre eseguire preparazioni attenti per evitare il pericolo di non riconoscere il tumore a clessidra e di lasciare una metà indisturbata.

P. Valdoni.

Mixoma dell'omero in soggetto con probabile morbo del Recklinghausen.

(Fiaschi e Benassi. *Clinica Chirurgica*, fasc. 5, maggio 1930).

Gli AA. riferiscono che in un uomo affetto da molti anni da una forma incompleta di morbo di Recklinghausen insorse, a carico dell'estremo superiore dell'omero sin., un tumore, che presentava l'aspetto radiologico di un sarcoma e che invece accurati e numerosi esami istologici dimostrarono, dopo la disarticolazione, trattarsi di un mixoma puro.

Gli AA., riferiti i relativi rilievi clinici, radiologici, anatomo ed isto-patologici, discutono i reperti, gli eventuali nessi fra le due forme morbose ed i possibili rapporti fra l'insorgenza del neoplasma ed un trauma pregresso.

Bucci.

Chirurgia dei tumori toracici ed intratoracici.

(Denk. *Arch. Klin. Chir.*, Vol. 160, pag. 255, 1930).

L'A. riporta 19 casi personali operati e che riguardano affezioni svariate raggruppate con il nome di tumori nel senso di tumefazioni, sia di neoplasmi. Caso di particolare interesse è quello di una resezione toracica per recidiva di cancro della mammella con guarigione da 17 anni. Negli epiteliomi e sarcomi del polmone ha osservato frequentemente la deformazione delle dita a bacchetta di tamburo e molto spesso una eosinofilia più o meno marcata (fino al 10 %).

I tumori benigni sono caratterizzati da un decorso quasi completamente sintomatico, dei maligni è da ricordare l'epitelioma bronchiale la cui diagnosi può essere fatta endoscopicamente.

P. Valdoni.

RENI E VIE URINARIE.

Il fattore endocrino nella patogenesi della nefrosi lipoidea.

(Maranon, J. Vidal Frias e Ftejeruia. *Annales de Méd.* n. 3, marzo 1931).

La patogenesi della nefrosi lipoidea è ancora oggetto di discussione. Secondo alcuni tale malattia è principalmente una lesione renale;

altri invece pensano che la lesione renale sia una conseguenza, patologicamente accessoria, del disturbo causale, che sarebbe costituito da uno squilibrio del metabolismo dei lipoidi (aumento di colesterinemia e di colesterinuria, infiltrazione gassosa dell'epitelio renale, versamento lattescente) e del metabolismo dei protidi (grande albuminuria, diminuzione del tasso dei protidi del sangue, sopratutto a spese della siero-albumina, con piccole variazioni delle globuline, e diminuzione o inversione del quoziente albumine-globuline). Ma quando si tratta di definire la natura di questi squilibri metabolici generali, allora i patologi diventano molto prudenti.

Per questo gli AA. hanno voluto considerare un solo punto del problema che si connette alla nefrosi lipoidea: l'intervento del fattore endocrino nella genesi della sindrome nefrosica.

L'azione della insufficienza tiroidea nella nefrosi lipoidea è stata ammessa da molti, in considerazione che in tale lesione sono stati riscontrati spesso sintomi d'insufficienza tiroidea, e talora veri mixedemi. Inoltre il metabolismo basale è generalmente basso nella nefrosi lipoidea, e l'opoterapia tiroidea migliora quasi tutti i sintomi clinici e biologici della nefrosi lipoidea. Sperimentalmente è stato osservato che l'estirpazione della ghiandola tiroide riproduce certi segni della nefrosi lipoidea; per ultimo è stato provato che le alterazioni spontanee della secrezione tiroidea agiscono sulle albumine del sangue nello stesso modo che sulle nefrosi lipoidee.

Quale valore hanno tutti questi fatti invocati ad ammettere la disfunzione endocrina nella nefrosi lipoidea?

Non è vero che spesso in tale forma morbosa si riscontrano segni d'ipotiroidismo; questa constatazione è piuttosto rara. Il basso valore del metabolismo basale, invocato come argomento principe della insufficienza tiroidea, è realmente tale nella nefrosi lipoidea; ma bisogna ricordare che il basso metabolismo non sempre è indice di ipotiroidismo, e in questi casi può essere anche errato in rapporto agli edemi, che falsano il peso reale del corpo necessario al calcolo.

Nè tanto meno può giovare il criterio dei buoni risultati ottenuti con la cura tiroidea, perchè è noto che in tali casi non si può affermare in nessun modo la diretta azione dell'estratto ghiandolare sulla ghiandola omonima, ma ammettere quella che Léopold Levi chiama *azione mordente*.

Inoltre son riferiti casi in cui la nefrosi non s'è giovata della cura tiroidea, e casi in cui tale estratto non è stato affatto sopportato dagli ammalati. Nè è costante l'azione della tiroidina sul metabolismo basale dei nefrosici, ma ogni modificazione sembra legata all'evoluzione del processo nefrosico.

Anche gli argomenti sperimentali sono estremamente fragili, e pur essendo vero che in alcuni animali l'ablazione del corpo tiroide provoca lesioni renali, queste sono delle alterazioni banali che non ricordano affatto, nè clinicamente nè istologicamente le nefrosi lipoidee.

Un potente argomento a favore dell'insufficienza tiroidea è dato dalla modificazione del tasso dei protidi e dei lipidi, comune ad entrambe le lesioni.

Tuttavia gli AA. non confermano i dati riferiti, perchè in quattro casi di mixedema tipici la formula dei protidi ematici non ricordava affatto quella della nefrosi lipoidea.

Anche l'assenza di lesioni istologiche nella ghiandola tiroide depone per la non partecipazione di tale organo nella genesi della nefrosi lipoidea.

Sicchè si può rigettare in modo certo l'ipotesi di ogni intervento, diretto od indiretto, della funzione tiroidea nella patogenesi della nefrosi lipoidea. In quei rari casi in cui vi è una compartecipazione della tiroide, bisogna pensare che un'unica causa ha agito nello stesso tempo sul rene e sulla tiroide, si tratterebbe quindi di una sindrome da Pende definita endo-esocrina.

Quel che resta costante è lo squilibrio del metabolismo dei protidi e dei lipidi, la cui interpretazione è per ora ancora oscura — forse dipendono da una lesione epatica concomitante o da una causa alimentare. Nell'etiologia di tale malattia le infezioni e le intossicazioni croniche, che agiscono sul rene e sulle glandole endocrine hanno un'azione principale.

L. CARUSI.

Nefrite e suoi rapporti con le malattie dell'apparato cardio-vascolare.

(W. OPHÜLS. *Jour. Am. Med. Ass.*, marzo 1931).

Nefrite e malattie cardiovascolari sono così intimamente legate fra di loro che una separata trattazione del problema sarebbe necessariamente incompleta.

Il termine nefrite dovrebbe essere riservato a quei casi in cui vi sono serie diffuse lesioni infiammatorie del rene: a seconda di queste si possono classificare le nefriti in acute, subacute, amiloidi e croniche.

Le nefriti acute e subacute sono quasi sempre dovute a sepsi spec. streptococciche. La causa della nefrite amiloide è una delle malattie che producono comunemente amiloidosi, quali la sepsi cronica, la tubercolosi, la sifilide, o i tumori maligni. Anche nell'etiologia della nefrite cronica le infezioni settiche a carattere focale hanno notevole importanza.

Il grado di interessamento della funzione cardiovascolare varia grandemente anche in

casi di nefriti che sono, per gli altri caratteri, notevolmente simili. Si può avere nessuna lesione, come anche lesioni gravi locali e generali.

Nella nefrite si ha spesso un notevole aumento della pressione sanguigna anche se manchino lesioni arteriose nel rene o altrove. Se queste poi sono presenti l'aumento di pressione è costante.

Sono molto pochi i casi di nefrite cronica all'ultimo stadio ma senza lesioni vascolari, che non abbiano provocata una elevazione della pressione.

L'edema e l'anemia secondaria sono complicazioni frequenti della nefrite, ma la loro presenza è incostante e non ha relazione diretta nè col carattere nè con l'estensione della lesione renale. Essi sono probabilmente causati dagli stessi fattori che hanno favorito lo stabilirsi della lesione renale.

Nella nefrite acuta la morte è dovuta generalmente all'infezione causale: ciò avviene anche nella nefrite amiloide.

Nelle nefriti subacute la metà dei paz. soccombono alla infezione causale e l'altra metà per disturbi connessi con l'alterazione renale. La nefrite cronica è generalmente la causa diretta della morte: infatti la maggior parte di questi pazienti muore per insufficienza renale.

Vi è un piccolo gruppo di nefriti croniche accompagnate da malattia cardiovascolare non complicata, nei quali le lesioni renali sono gravi, ma limitate.

In questi casi la pressione sanguigna alta non è così costante come nei casi tipici di nefrite cronica. Inoltre solo una parte di essi mostrano, ed all'ultimo stadio, i segni di una insufficienza renale.

L'arteriosclerosi è un problema ben più ampio, numericamente, di quello delle nefriti: ma solo in un terzo degli a. sclerotici si hanno disturbi generali di circolo.

La pressione alta e l'ipertrofia cardiaca si hanno più frequentemente quando le lesioni arteriose sono ben marcate, ma si possono avere anche in individui con i vasi pressochè normali.

Nella arteriosclerosi generale, lesioni lievi a focolaio del rene non hanno effetto sulla pressione sanguigna. La causa più frequente di morte nella malattia cardiovascolare non complicata è lo scompenso cardiaco.

La nefrite si sviluppa presto: la sua frequenza nelle varie età è pressochè uguale, non supera cioè il 10 % dei casi totali. La arteriosclerosi generale si sviluppa invece tardivamente e cresce rapidamente con l'età raggiungendo circa il 90 % oltre i 70 anni.

Questi dati sono ottenuti da 212 autopsie di casi del genere compiute dall'Autore.

G. LA CAVA.

L'ondata della calcolosi renale e le sue probabili cause.

(BLUM. *Wien. Kl. Woch.*, n. 18-19, 1931).

L'A. osserva come la guerra — con le sue restrizioni alimentari e le sue privazioni — abbia determinato delle grandi oscillazioni nella frequenza di certi processi morbosi: la comparsa di tutte le malattie di crescenza, la frequenza dello scorbuto, la diminuzione del diabete, il declinare della gotta, l'aumento del gozzo.

Ora l'A. ha veduto nel suo reparto urologico dell'Ospedale Sophia di Vienna, ed ha appreso dai giornali esteri che in questi ultimi anni si è venuto accrescendo in modo veramente notevole il numero delle coliche renali, talora con una sintomatologia classica, talora simulando una colite, una salpingite, un ileo, una colica del fegato ecc.

Solo la Francia e l'Inghilterra sembrano immuni da questo fenomeno (statistiche italiane non sono nominate dall'A.). Oggi tutti ammettono la classificazione delle litiasi renali in primarie e secondarie: le prime si formano in urina sana a spese degli ossalati, degli urati e della cistina; le seconde nell'urina alcalinizzata da processi infiammatori, a carico dei fosfati, dei carbonati e dei sali di calcio e di magnesio.

La litiasi primaria è la più difficile a spiegarsi; oggi si parla di soprasaturazione di acidi urici e ossalici nell'urina e di precipitazione di questi per una diminuzione dei colloidi che abitualmente li tengono in soluzione; si aggiungano la predisposizione costituzionale e altri manuali predisponenti: la razza, la regione, l'età, il sesso, il tenore di dieta.

La diatesi, la sempre invocata diatesi non rappresenta che una disposizione alla malattia; ma, perchè questa si sviluppi, occorrono altri fattori: i traumi sulle regioni renali, le infezioni focali e locali, le malattie che determinano disfacimento delle ossa, le malattie nervose che provocano disturbi motorii e trofici del bacinetto e degli ureteri, la terapia alcalina seguita nel combattere, per esempio, una ulcera gastrica (!) ecc.

Oggi, con moderne vedute, anche la calcolosi si fa rientrare nelle malattie del ricambio, ma alle ricerche sperimentali di numerosi AA. secondo cui essa sarebbe da riportarsi ad una « malattia da carenza » fa contrasto l'osservazione clinica che invece — durante la guerra — mentre gli edemi, lo scorbuto ecc., avevano raggiunto la loro massima frequenza — i litiasici erano rari; ed essi sono aumentati da quando le vitamine han tornato ad essere abbondanti.

Recentemente Mc Collum ha affermato che nella genesi della litiasi renale, oltre all'in-

fluenza, dell'alimentazione bisogna tener conto di altri fattori che agiscono dall'esterno.

A questo punto il problema dell'azione delle vitamine « le sostanze che agiscono dall'esterno » confina con quello dell'attività degli ormoni « che agiscono dall'interno ».

Le statistiche dimostrano in questi ultimi anni una vera e propria « ondata » di gozzo; orbene, sotto l'azione della profilassi, a mezzo di sostanze iodate, s'è visto il gozzo diventar raro e nello stesso tempo, quel che più importa, aumentare nettamente la frequenza della litiasi.

Lo iodio — ha osservato recentemente l'Haig — combinandosi col sangue, facilita dapprima la deposizione dell'acido urico negli organi micotropi, come le articolazioni, il fegato, i reni, la pelle; poi provoca un'eliminazione abbondantissima di questi acidi urici, quindi un'uraturia e il conseguente formarsi di renella, di calcoli ecc.: si vede così come lo iodio possa determinare alterazioni del ricambio materiale favorevoli alla formazione dei calcoli renali: inoltre le ricerche di Kelly hanno dimostrato che lo iodio è capace di esercitare un'azione analoga sul ricambio dei fosfati e dei carbonati.

Va infine notato che esiste un singolare antagonismo tra la frequenza della calcolosi renale e quella del gozzo; esempi tolti da ogni parte del mondo dimostrano la verità di questa osservazione; essa si spiega ammettendo che là dove lo iodio è scarso, ivi il ricambio è torpido e una scarsa quantità di acido urico è formata ed eliminata; ivi esiste il gozzo e non si formano calcoli. E viceversa.

Questi rapporti vanno tenuti ben presenti, essi illustrano il carattere ormonico della patogenesi della litiasi renale, fenomeno complesso in cui, accanto alla tiroide, entrano certamente anche altre glandole endocrine, e in cui — oltre allo iodio — il ricambio del calcio — regolato come è noto dalle paratiroidi — sembra esercitare una importanza ben definita.

V. SERRA.

Sulle micosi primarie del rene.

(C. W. LUNQUIST. *The British Journal of Urology*, marzo 1931, n. 1, vol. III).

L'A. dichiara che l'infezione fungosa del rene è estremamente rara sia come forma secondaria ma maggiormente come primaria. L'infezione fungosa più comune è l'actinomicosi. Finora sono stati descritti 11 o 12 casi di actinomicosi primaria del rene. Le malattie fungose non actinomicotiche del rene sono molto più rare trovandosene solo 6 casi descritti nella letteratura, di cui 2 di sporotricosi, 3 di Oidium Albicans e un terzo di enantiothamnosis.

L'A. descrive un caso di un rene estirpato e mandato all'Istituto anatomo-patologico di Karoliska con diagnosi clinica di pionefrosi e in cui si potè accertare la presenza di una forma fungosa. Si trattava di una donna di 64 a. che il 4 agosto 1929 venne colpita all'improvviso da forti dolori al lato sin. dell'addome, accompagnati da brividi, sudori e temperatura (38°,8). Dopo qualche giorno dall'inizio la temperatura arrivò a 40°,9, le urine erano torbide aveva frequente bisogno di urinare.

Entrata nel reparto chirurgico si constatarono nel sedimento delle urine divenute più torbide, presenza di corpuscoli bianchi e rossi, forte cilindruria, presenza di albumina.

L'esame radiografico mostrava che la pelvi del rene sin. era leggermente dilatata e che in vicinanza dello sbocco dell'uretere nella vescica c'era un'ombra non ben chiara. Fu praticata la nefrectomia con asportazione di quasi tutto l'uretere. Il rene si presentava un po' ingrandito e lobato, con abbondante edema nel tessuto adiposo circostante. L'uretere era ispessito. La sezione del rene estirpato rivelò molteplici ascessi miliarici rassomiglianti a quelli della pielonefrite ascendente.

Osservati i preparati microscopici fu trovato che la pielonefrite grossolanamente osservata era di natura micotica.

Un micologo giudicò trattarsi del genere di Oidium.

Nessun batterio fu trovato nelle varie sezioni del rene mentre fu trovato presente in ogni ascesso il fungo.

Secondo il lavoro di compilazione del Verriotis e Deprix esistono 3 casi pubblicati di oidiomicosi. Uno appartiene a Schmorl, l'altro a Heubner e il terzo a Rafin.

Di sporotricosi primaria del rene ne esiste solo un caso nella letteratura. Nella maggior parte dei casi descritti di oidiomicosi nel rene, l'affezione fu soltanto il sintomo di un'infezione generale.

Schmorl riferisce un caso di una bambina di 10 a. che era morta con diagnosi di febbre tifoidea, e all'autopsia fu trovato l'Oidium albicans nel palato, nella gola, nel rene sin. e nella milza.

Aspetti clinici delle micosi primarie.

L'età sembra non abbia speciale influenza sull'insorgenza della malattia.

Il caso più giovane operato riguardava un ragazzo di 4 a. e mezzo mentre il più vecchio riguardava una donna di 60 a. A causa della rarità dei casi non è facile determinare un quadro patologico. Sembra caratteristico di vedere i pazienti affetti, frequentemente pallidi e magri, turbati da un senso generale di malessere fino a quando non c'è la febbre.

Quando questa esiste può essere remittente o intermittente, spesso accompagnata da brividi. L'urina non dà un indizio sicuro. In due casi di Cumming c'era ematuria ricorrente simulante la tbc. renale. La malattia rassomiglia

o ad una tbc. renale o ad un tumore del rene. Difatti nei casi pubblicati la diagnosi fu due volte di actinomicosi, due di tbc. renale due di tumore del rene e 5 volte di pielonefrite.

Trattamento: È esclusivamente chirurgico. La prognosi nella forma unilaterale e senza metastasi è abbastanza buona.

Nelle forme di micosi di natura non actinomicotiche, di solito il processo clinicamente rassomiglia ad una pielonefrite suppurativa.

SCANDURRA.

L'azione dei glucosidi della scilla nelle nefriti scarlattinose acute.

(A. STROE e P. KLINGER. *Paris Médical*, 11 aprile 1931).

È generalmente ammesso che è preferibile astenersi dal somministrare dei diuretici nel corso delle nefriti acute. È sembrato però agli AA. che un'astensione sistematica sia da considerare eccessiva e che la somministrazione di un diuretico possa essere presa in considerazione nel corso di certe nefriti secondarie e particolarmente nel corso delle nefriti da scarlattina.

In alcuni casi di nefrite scarlattinosa ad evoluzione prolungata, con edemi cospicui, oliguria intensa, ritenzione clorurata e azotata importante, il quadro clinico dura a lungo, anche per settimane ed il trattamento igienico-dietetico resta inefficace. L'oliguria persiste, gli edemi aumentano, compaiono i segni della intossicazione uremica. È in questi casi che gli AA. hanno voluto saggiare la somministrazione di un diuretico, scegliendo i glucosidi della scilla (scillarene).

Dagli studi degli AA. risulta che il medicamento non ha azione nociva sulla cellula renale. Le dosi impiegate furono di 2-3 compresse (1 compressa = gr. 0.0008) o di 20-30 gocce al giorno, frazionate in 2-3 prese. Il medicamento può essere anche somministrato per via endovenosa sotto forma di una iniezione di 1 cc. al giorno. Queste dosi devono essere ripetute i giorni seguenti fino ad ottenere l'effetto terapeutico e specialmente fino alla comparsa di una diuresi sufficiente, alla diminuzione notevole degli edemi o alla loro scomparsa, alla diminuzione dell'urea del sangue se si tratta di una nefrite azotemica. Questi effetti non si manifestano che dopo parecchi giorni di somministrazione. Gli infermi furono naturalmente sottoposti nello stesso tempo al trattamento igienico-dietetico abituale.

I risultati sono stati nell'insieme soddisfacenti ed autorizzano a preconizzare l'impiego dello scillarene nel corso delle nefriti scarlattinose come coadiuvante del trattamento igienico-dietetico classico.

C. TOSCANO.

Contributo sperimentale alla conoscenza della idronefrosi.

(P. PIERACCINI e G. LUCARELLI. *Arch. It. di Urol.*, vol. VII, fasc. II, 1930).

Gli Autori hanno condotto delle ricerche sperimentali su un discreto numero di animali, cani e conigli, a fine di porre dei termini di confronto fra le alterazioni anatomo-patologiche dell'idronefrosi chiuse e quelle delle idronefrosi aperte, di esaminare sistematicamente in ogni sacca segmenti di parete prelevati dai due poli renali e dal punto di mezzo del margine convesso, di indagare sull'influenza del circolo esorenale sulla evoluzione del processo idronefrotico, di studiare le modificazioni di forma cui va incontro il rene idronefrotico, di esaminare la capacità secernente e riassorbente del rene idronefrotico per mezzo della pielografia endovenosa con l'uroselectan, di indagare infine sul comportamento del tessuto reticolo-endoteliale nell'idronefrosi.

Gli AA. per ottenere idronefrosi chiuse hanno sezionato l'uretere e poi lo hanno legato in corrispondenza del tratto lombare mentre per ottenere idronefrosi aperte hanno eseguito la ureterotomia della parte più bassa della prima porzione del condotto e hanno introdotto nel lume un piccolo fuso di vetro tumelizzato, oppure hanno praticato la forcipressura dell'uretere.

Hanno ucciso gli animali a distanza di tempo, hanno esaminato i pezzi macroscopicamente e microscopicamente in tre punti cioè ai due poli e al punto di mezzo del margine convesso.

Con la sezione e legatura dell'uretere hanno ottenuto delle idronefrosi di volume crescente in proporzione diretta del tempo di durata dell'esperimento. Al contrario, con ostruzione parziale dell'uretere l'idronefrosi si è sviluppata con andamento più lento, e solo in due conigli ha raggiunto proporzioni ragguardevoli.

I risultati ottenuti dagli AA. convalidano la regola unanimemente accettata, secondo la quale ad occlusione completa dell'uretere segue l'idronefrosi e non l'atrofia primaria.

Riguardo all'idronefrosi aperte restanti come tali gli AA. hanno ottenuto delle idronefrosi di modico grado, specie quelle determinate con la forcipressura. Secondo i risultati degli AA. concordi a quelli di Kairis e di Lo Cascio si può dedurre che la rapidità di accrescimento dell'idronefrosi aperta è in ragione diretta del grado di ostruzione delle vie escretrici. Gli AA. hanno constatato che nella idronefrosi aperta predominano alterazioni istologiche somiglianti a quelle della glomerulonefrite sclerosante, mentre nella idronefrosi chiusa, dopo un primo periodo brevissimo in cui si osservano fatti degenerativi degli epiteli

tubulari, prevale il processo neoformativo dello stroma e l'atrofia degli elementi nobili.

Inoltre hanno notato che in corrispondenza di quei punti nei quali grossi tronchi vasali del circolo esorenale penetrano nell'organo, si trova parenchima ben conservato e funzionante anche a molta distanza di tempo dall'inizio dell'idronefrosi.

Durante l'accrescimento dell'idronefrosi la forma del rene si modifica lievemente nel cane, in modo evidente nel coniglio. In ambedue, ma specialmente nel secondo, la distensione dell'organo è più accentuata nel senso del diametro antero-posteriore.

Gli AA. hanno studiato in ambedue gli animali per mezzo di iniezioni endovenose di uroselectan e successivi esami radiografici, la capacità di riassorbimento del liquido idronefrotico ed hanno trovato che questa è molto accentuata nel cane, scarsissima invece nel coniglio. Hanno constatato che la differenza di questo diverso comportamento va ricercata nel differente sviluppo del circolo esorenale in questi due animali: ricca rete vasale capsulare nel cane, povera rete vasale capsulare nel coniglio. Gli AA. descrivono le alterazioni riscontrate nei glomeruli dal secondo periodo in poi. La grande resistenza del glomerulo di fronte all'atrofia rapida degli elementi tubulari, la attribuiscono oltre che alla sua costituzione anatomica, anche alla sua ubicazione. Di fatti i glomeruli che sopravvivono più a lungo sono quelli più eccentrici, perchè meno sottoposti all'azione compressiva esercitata dal liquido idronefrotico in aumento continuo e perchè più prossimi a quella zona ove il circolo esorenale si anastomizza con quello endorenale.

Gli AA. hanno notato come nell'idronefrosi l'apparato reticolo-endoteliale si atrofizza parallelamente all'epitelio dei tubuli e viene da ultimo sostituito da connettivo collageno.

SCANDURRA.

Pielografie con l'Abrodil per via endovenosa e intrarettale.

(SICHEL e A. BOECKEL. *Paris Méd.* n. 6, 1931).

L'A. ricorda come dopo la scoperta di Lichtemberg e Swich del metodo delle iniezioni endovenose con l'Uroselectan per far la pielografia, urologi e radiologi usano tale metodo frequentemente, avendo il grande vantaggio di essere indolore.

L'A. ha praticato 34 pielografie con l'Uroselectan ed è venuto alla conclusione che mentre la pielografia ascendente deve essere preferita nella maggioranza dei casi, poichè ci dà clichés esatti, la pielografia endovenosa è il metodo di scelta in molte malattie dei reni e degli ureteri, specie in alcune anomalie uretero-pelviche, uretere-bifido, uretere con sbocco extravescicale, rene unico. E' inoltre una preziosa risorsa nei casi in cui spesso non è possibile la consueta pielografia.

Avendo avuto notizia (34° Congresso tedesco di chirurgia, 1930) nella comunicazione di Bronner e Schäller di una nuova sostanza, utilizzabile per la pielografia, l'Abrodil, l'ha usata in 21 casi: e cioè in 8 casi con bacinetto e uretere normali; in 1 caso d'uretere doppio, in 3 casi d'idronefrosi; in 2 casi di nefrosi calcolosa; in 3 casi di tubercolosi renale e in 1 di pionefrosi non tubercolare.

L'A. ne ha riferito nel Congresso francese di Urologia (1930) dimostrando come i pielogrammi fatti con questa sostanza non sono punto inferiori a quelli con l'Uroselectan.

L'Abrodil è un mono-iodo-metano-sulfonato di sodio, polvere bianca cristallizzata e inodore, molto solubile nell'acqua.

Contiene il 10% di iodio.

Sottoposto all'ebollizione per 15 ore, l'Abrodil, in soluzione concentrata, rimane stabile e non mette punto in libertà dello iodio. Le soluzioni sono sterilizzabili e si conservano a lungo. Una dose di 100 cc. di una soluzione al 20% dà una immagine netta dopo 5 minuti e per 2 ore e mezzo. Le più belle radiografie si hanno dopo 25 minuti. L'Abrodil è eliminato entro 24 ore, e la maggior parte dopo 4 ore. La preparazione è molto semplice, 20 gr. d'Abrodil si disciolgono in 100 cc. di acqua distillata, si filtra e si sterilizza con l'ebollizione. Il giorno avanti all'esame radiografico il paziente è alimentato leggermente e mezz'ora prima dell'osservazione gli viene praticato un enteroclisma. L'iniezione endovenosa è fatta con una siringa da 100 cc.

Si iniettano lentamente (in 2 o 3 minuti) i 100 cc. di soluzione al 20% (alla temperatura del corpo).

È inutile di impiegare come per l'Uroselectan da 10 a 15 minuti per l'iniezione. L'A. fa tre clichés.

Il primo 5-10 minuti dopo l'iniezione; il secondo, che riesce per lo più il migliore, dopo 15-20 minuti, il terzo, dopo un'ora e più.

Quando vi sono dubbi sull'eliminazione renale, si fanno diverse radiografie supplementari.

Rispetto all'Uroselectan l'Abrodil presenta i seguenti vantaggi.

La soluzione si prepara più rapidamente e si conserva più a lungo. Alla luce le soluzioni si conservano più a lungo. Non si rilevano i fatti tossici che si riscontrano con l'Uroselectan. La sua concentrazione è più debole (20%) mentre quella dell'Uroselectan varia da 30 a 40%. La congestione del capo, la sensazione di sgradevole secchezza della bocca e la sete intensa sono meno accentuati che nell'uso dell'Uroselectan.

L'A. non ha mai riscontrato sincopi, nè orticarie come con l'uso dell'Uroselectan.

Recentemente l'A. è riuscito ad ottenere, con l'introduzione dell'Abrodil per via rettale, ottimi pielogrammi. Nel settemb. 1930 il Köhler fece un breve articolo sull'argomento (*Zentr. f. Chir.*). L'A. ha usato tale metodo 6 volte seguendo la tecnica di Köhler e cioè: digiuno quasi completo la sera antecedente e completo al mattino; lavaggio evacuatore e quindi dopo due ore iniezione intrarettale d'una soluzione per mezzo di un tubo che si arresta al disopra dello sfintere.

Tale soluzione deve essere più concentrata di quella usata per via endovenosa e cioè 100 gr. al 60% con 15 gocce di laudano.

Dopo mezz'ora si prende il primo clichés; dopo altri 15 minuti si prende il secondo clichés; il terzo dopo un'ora, e un quarto dopo un'ora e mezza.

L'A. in 6 casi ha ottenuto 2 sole volte un discreto pielogramma e spera di aver migliori risultati perfezionando la tecnica.

Tale metodo ha il grande vantaggio della rapida eliminazione, che si potrà ottenere con un semplice lavaggio. T. LAURENTI.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE.

Prof. GAETANO BOSCHI. *La Guerra e le Arti Sanitarie.* Editore Mondadori, Milano, 1931. Prezzo L. 18.

E' un libro bello e forte e, soprattutto, vissuto questo che il prof. Gaetano Boschi, il ben noto neuropatologo e psichiatra di Ferrara, consegna al pubblico.

Esso va ad arricchire veramente l'interessante collezione italiana di diarii, memorie, studi e documenti per servire alla storia della guerra del mondo, diretta da Angelo Gatti.

Il titolo potrebbe farci pensare ad una raccolta episodica, arida, cronologica, quasi statistica.

Nulla di tutto ciò! Il libro, scritto con sobria eleganza, porta l'impronta sintetica, talora genialmente polemica, del vivido ingegno dell'A. il quale, nelle sue pagine, intende dimostrare — e vi riesce efficacemente — che quando « *con la guerra la vita assurse a tale potere di intensità da rasentare o conseguire la sua oltranza, che si chiama morte* » le energie dei Sanitari si intensificarono, l'osservazione si protese, l'intelletto intuì, l'opera plasmò.

Il libro si compone di quattro parti.

La preparazione — Malattie e ferite — L'organizzazione sanitaria e l'opera delle specialità — Acquisizioni e progressi di scienza e di arte sanitaria.

È noto che il nostro paese, rompendo gli indugi neutralistici, entrò nel grande conflitto europeo con materiale e personale sanitario insufficienti ed inadeguati al grande cimento e dovette in tempo brevissimo dar mano ad una intensa preparazione, anche culturale, dei propri medici, plasmandone la mentalità guerresca. Ed ecco, dunque, come ben dice l'A., le « *Accademie trasformarsi in scuole di clinica guerresca, in fucine di medici militari* ».

L'entusiasmo, il patriottismo, lo spirito di sacrificio della classe sanitaria italiana compirono il miracolo e la mobilitazione medica assai rapidamente raggiunse un grado di perfezionamento ch'era follia sperare.

Molto opportunamente il Boschi ricorda alcuni nomi di medici ben noti nel campo universitario e professionale che iniziarono questa opera di mobilitazione culturale e spirituale che doveva poi creare l'esercito dei medici di guerra. Esercito di eroi oscuri che ebbe i suoi morti gloriosi e, non pochi, alla santa memoria dei quali sorse il bellissimo monumento di Arrigo Minerbi nel « Chiostro del Maglio » della Scuola di Applicazione di Sanità Militare a Firenze, e venne redatto a cura di Luigi Silvagni e di Federico Bocchetti il «*Libro d'Oro*» nel quale si leggono le biografie dei 368 Medici caduti in combattimento e dei 323 morti per malattia contratta in servizio, 24 dei quali affrontando malattie contagiose.

L'A. ricorda, perciò, l'opera di Lustig, di Giovanni Grixoni, di Enrico Burci, di Silvio Zara, di Carle, Galleazzi, Livi, del generale di marina Rho e di altri ancora.

Nella seconda parte l'A. tratta delle malattie e ferite.

In tutte le guerre che travagliarono l'umanità si diffusero malattie infettive, le più gravi, non solo nell'esercito, ma anche nella popolazione civile e sempre i soldati malati superarono in numero quelli feriti. Malati di guerra, vittime grigie della guerra, eroi mancati: tristezza senza clangori, dolore senza raggi.

Anche durante la nostra guerra si verificò lo strano fenomeno psicologico della valutazione in difetto, per cui il malato di guerra è il rassegnato fratello minore del ferito tra i benemeriti dell'olocausto alla Patria: un soldato — ad esempio — che nella trincea contrae la infezione colerosa è, nella considerazione dei più, meno onorevole di un altro che ha un braccio perforato da una pallottola di shrapnell.

Ma chi aveva la spaventosa responsabilità della tutela fisica dell'esercito belligerante, oltre alla cura dei feriti, doveva pensare alla profilassi contro le malattie infettive, sia per i soldati, sia per la popolazione civile.

Enorme problema!

Che venne però risolto brillantemente mercè le provvidenze che l'igiene moderna mette a disposizione dei medici: dalla diagnosi precoce dei primi casi delle malattie epidemiche, allo isolamento dei malati, alla distruzione del materiale infettante, alle iniezioni profilattiche (siero antitetanico, antitifico, anticolerico, antigangrenoso, vaccinazione jenneriana), ecc.

Si può asserire che, se il grande conflitto europeo fosse scoppiato cinquant'anni fa, la strage sarebbe stata dieci volte maggiore.

In tutti i paesi belligeranti apparvero, in forma più o meno sporadica, il colera, il vajolo, la peste bubbonica, il tifo petecchiale, la meningite cerebro-spinale, la malaria, la tubercolosi, la tristemente celebre « spagnola », l'encefalite e la sifilide e le malattie reumatiche.

Su tutte queste forme morbose, la maggior parte delle quali, se lasciate a sè, si sarebbero spaventevolmente diffuse in tutto il mondo, la Sanità Militare ebbe ragione, ed il danno fu contenuto entro confini abbastanza ristretti. Ma quanto lavoro paziente, coraggioso, pericoloso ed ignorato da parte dei medici incaricati dei servizi profilattici!

La parte terza del volume, il Boschi la dedica ad un esame sintetico dell'organizzazione sanitaria e dell'opera delle specialità che, a mano a mano la guerra si protraeva, andavano sempre più perfezionandosi ed allargando la loro azione.

Il tessitore massimo della nostra organizzazione sanitaria fu il Generale Medico Francesco Della Valle, indimenticabile figura di medico-soldato per chi ebbe la fortuna di conoscerlo e di avvicinarlo sia durante la guerra sia subito dopo, quando Egli presiedette quel Comitato che si assunse il nobile compito di compilare il « Libro d'Oro » dei medici morti in guerra. E ben fece il Boschi ricordandone l'opera magnifica e proficua!

Molte pagine di questa terza parte l'A. le dedica a ricordare quanto si fece per la cura dei feriti e dei mutilati del sistema nervoso mettendo in rilievo la funzione dei centri nevrologici di cui egli fu uno dei più validi animatori ed ai quali si legano i nomi di Besta, Golgi, A. Morselli, Fragnito, Tamburini e D'Abundo.

La Sanità Militare Italiana non ha trascurato nemmeno il contributo dovuto alla Scienza: non ha mancato di valorizzare il lavoro dei singoli istituti e la produzione dei singoli studiosi.

In quest'ultime pagine l'A. esamina, appunto, quali sono le acquisizioni tecniche e scientifiche venute dall'esperienza di guerra. In Germania gli insegnamenti clinici di guerra sono stati riassunti in dieci volumi editi da Barth nel 1921; in Francia il Medico Ispettore Generale Belbegè pubblicò quattro grossi volumi ed il celebre chirurgo Lejars pubblicò, nel 1923, coi tipi del Masson, un suggestivo volume nel quale illustra e ricorda.

Tra i nostri, l'A. ricorda l'opera del Colonnello Medico Casarini, del Generale Medico Trombetta; il volume del prof. Ottorino Rossi *su lesioni del sistema nervoso da traumi di guerra*: quello del Nigrisoli *su operazioni e pratica chirurgica di guerra*, e di molti altri ancora.

La esperienza di guerra ha certamente modificati alcuni concetti su la chirurgia dell'addome e del torace per lesioni traumatiche; ma dopo errori e pentimenti quella, che più d'ogni altra, ha imparato è la chirurgia del cranio e del cervello che l'A. giustamente definisce chirurgia minata da insidie; chirurgia misteriosa, chirurgia tragica.

Altro dottrinale enorme gli otorinolaringoiatri accumulavano ed in argomento vanno citati, tra gli altri, i lavori di Brunetti, di Citelli, di Torrigiani, e di molti altri ancora.

Anche la psichiatria imparò assai e l'A. cita i lavori del Cazzamalli, del Vidoni, del Koblynsky, slavo quest'ultimo di origine, ma più volte segnato col fregio del valore nella guerra per l'Italia, coll'Italia.

L'A. infine si pone, a modo di conclusione, il quesito se effettivamente la guerra abbia comportato una degenerazione, una regressione biologica per cui l'Umanità debba accorarsi senza conforto e giudica che l'umanità ha regredito sì, ma allo stesso modo che torna indietro colui che lo fa per pigliare la rincorsa e sorpassare il sè stesso virtuale che fosse andato invece a passo di uomo.

La guerra ha portato gli uomini ad uccidere degli altri uomini; ma insieme ha richiesto atti di sacrificio all'ideale; sacrificio dell'interesse individuale, dell'interesse famigliare, all'interesse della Patria e ad altri interessi idealistici.

Il collega Boschi non scrisse soltanto per i medici; egli volle, principalmente, raccogliere i suoi ricordi non solo di neurologo, ma anche di soldato, di pensatore e di artista.

Anche di artista, perchè molte pagine di questo bel lavoro sono soffuse di un'onda di poesia talora gentile, talora tragica e molti ritratti di soldati, di medici, di uomini politici dànno, nei loro tocchi brevi e decisi, un'impressione che ha dello scultorio.

Così — ad esempio — sono di una efficacia toccante le pagine nelle quali l'A. ricorda il suo incontro col Duce quando questi era Caporale dei Bersaglieri, e quelle righe nelle quali ci fa balzare innanzi le figure del prof. Lustig, del generale Francesco Della Valle e di Armando Diaz.

Il collega Boschi ha compiuto, con questa sua nobile fatica, un'opera veramente italiana che onora la classe medica e mette in giusto rilievo l'opera titanica del nostro Esercito nel grande conflitto.

Il libro si legge con profondo godimento spirituale senza mai sentire la noia che spesso recano i libri che raccontano la storia: noi medici troveremo in esso ricordi e consonanze che noi soli possiamo comprendere ed apprezzare e ogni italiano vi troverà messe larga di cognizioni e ragioni legittime di orgoglio.

Venezia, maggio 1931 - IX°

Dott. ADELCHI ZAMBLER.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

D. Majocchi. *Esami istologici praticati dal* 1926 *al* 1929, con 132 figure originali dell'Autore. Scritti postumi a cura di A. Masotti. Bologna, Licinio Cappelli, 1931.

Il Masotti raccoglie in questo volume, edito con ricchezza di figure e nitida stampa dal Cappelli, gli esami istologici estemporanei che il compianto prof. Majocchi praticava per i malati da lui trattati, quasi tutti di cancri, per lo più cutanei.

È altamente istruttiva la descrizione minuta dei singoli preparati esposta dal Maestro colla sua ben nota competenza e soprattutto il corredo di figure da lui stesso disegnate dal vero, sui preparati stessi, con una chiarezza di tocco mirabile, e spesso per quanto schematici con apparenza artistica.

Benchè, e si comprende, non vi sia alcun ordine di trattazione della materia, ma i reperti istologici vengono riportati man mano secondo i pezzi inviatigli, e forse anzi appunto per questo, l'esposizione riesce oltremodo efficace, perchè l'interpretazione istologica è sempre fondata sull'osservazione minuta della struttura del tessuto in esame, esposta con precisione e avvalorata dai disegni che accompagnano le relazioni; disegni che man mano divengono sempre più ammirevoli e per la linea generale e per i particolari spesso solo accennati ma nettamente dimostrativi.

Questi illustri Maestri che sino all'ultimo hanno serbato un'attività così preziosa e una lucidità di mente e di giudizio così sicura sono veramente meravigliosi; auguriamoci che fra gli studiosi italiani non se ne perda lo stampo!

R. A.

J. Bertrand. *Tecniques histologiques de neuropatologie.* Editore Masson, Parigi. Fr. 50.

In questo grosso volume sono esposti tutti i metodi della tecnica istologica del sistema nervoso normale e patologico.

La raccolta è molto interessante ed utile ai ricercatori per la precisione e chiarezza dell'esposizione, e per i consigli dati dall'autore sulle indicazioni e la bontà dei varii metodi.

Dr.

A. Brault. *Le glycogène dans le développement des tumeurs des tissus normaux et des êtres organisés. Physiologie normale et pathologique.* Masson et C., éd., Paris, 1930, pag. 368.

L'A. ha radunato in questo volume tutta una serie di suoi studi, antichi e recenti, che si sono iniziati con indagini sulla glicogenesi embrionale, per poi proseguire in relazione alla funzione del glicogeno nello sviluppo degli organismi più semplici: invertebrati e protozoi e nei vegetali inferiori.

Nella prima e seconda parte del volume, l'A. studia l'evoluzione dei tumori in opposizione a quella delle neoplasie infettive, e tratta diffusamente della glicogenesi nei tumori. Lo stesso fenomeno egli studia in rapporto all'ambientazione umana, nella terza parte.

Nella quinta, si citano fatti di patologia in rapporto alla glicogenesi nelle cirrosi, nel rene diabetico, ecc.

Nei tumori in via di crescenza, la presenza del glicogeno è tanto più manifesta, quanto più rapido è lo sviluppo del tumore, mentre ciò non avviene nelle neoformazioni di origine infiammatoria.

La glicogenesi, secondo l'A. è di un'importanza generale pari alla amidogenesi: è una funzione nutritiva di ordine generale e i tessuti che a sviluppo compiuto sembrano aver perduto il potere di elaborare il glicogeno, ricuperano subito la proprietà se la loro nutrizione o il loro accrescimento lo esige.

E. Levi.

L. Génévois. *Métabolisme et fonctions des cellules. Esquisse d'une physiologie des réactions productives d'énergie dans la cellule vivante*, pag. 120. Masson et C., éd., Paris, 1931.

Lo studio delle proprietà fisiologiche della cellula vivente avrebbe dovuto logicamente precedere quello della fisiologia dell'individuo *in toto*. Ma ciò non è stato, fino a tempi recenti, possibile, per difficoltà tecniche oggi sormontate, sopratutto in grazie ai lavori di O. Meyerhof e O. Warburg, che nel corso di 10 anni, hanno posto le fondamenta di una fisiologia cellulare suscettibile di grande sviluppo e basata sulla più rigida sperimentazione.

Fondamentale, in questo lavoro è lo studio delle reazioni chimiche che le cellule, sia animali che vegetali, manifestano continuamente, e che si possono distinguere in: 1) reazioni produttrici di energia: la respirazione e la fermentazione, e 2) le reazioni di idrolisi, come la proteolisi e le reazioni inverse di sintesi delle materie azotate.

La conclusione dell'A. dimostra l'assoluta analogia dal punto di vista fisico e chimico, tra cellule animali e cellule vegetali.

E. Levi.

Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden. Sez. V. *Methoden zum Studium der Funktione der einzelnen Organe des tierischen Organismus.* Parte 9, fasc. 1. Un vol. in-8° di 190 pag., con fig. Urban e Schwarzenberg, Berlin-Wien. Prezzo RM. 10.

Sono comprese, in questo fascicolo del noto Handbuch diretto da Abderhalden, due monografie di H. Gerhartz di Bonn; esse fanno par-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

te di un volume destinato allo studio delle prove di carico dei diversi organi e sistemi.

Nella prima sono considerate le prove di carico dell'apparato respiratorio e cioè:

1) Prova di carico dell'ossidazione dei tessuti, che sono i veri consumatori dell'ossigeno introdotto.

2) Carico del lavoro respiratorio, con le determinazioni dell'ossigeno nel sangue.

3) Prova di carico fatta agendo sul volume di respirazione per mezzo di influenze che possono modificarlo.

4) Lo studio del carico della respirazione dovuto a diminuzione della elasticità del tessuto polmonare e della cassa toracica, oppure per diminuito apporto attraverso le vie respiratorie superiori o per fattori dovuti al lavoro dei muscoli respiratori.

Nella seconda monografia sono studiate le prove di carico dell'apparato circolatorio dovute:

1) a cambiamenti nella quantità del liquido circolante (sia per aumento del lavoro degli organi, sia per diminuzione nell'apporto di ossigeno);

2) a cambiamenti nella dinamica cardiaca (carico del cuore destro e cause dovute a resistenze diverse, quali p. es., aumento nella pressione osmotica, alla viscosità, alla diminuzione di sezione delle arteriole od al lavoro muscolare).

Vengono in seguito studiati il carico del miocardio, il carico del cuore per influenze del sistema nervoso, l'influenza dell'esercizio, della fatica e delle deficienze organiche sul problema del carico.

Chi si occupa di fisiologia, di clinica e di medicina sportiva leggerà con grande interesse queste monografie, in cui l'argomento è trattato a fondo. *fil.*

Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden. Sez. V, Parte 9, n. 3, fasc. 314. Un vol. in-8° di 85 pag. Urban e Schwarzenberg, Berlin-Wien. Prezzo RM. 5.

In questa monografia (Belastungproben zur Prüfung der Funktion der sämtliche Inkretionsorgane) che fa parte della Sezione dedicata allo studio delle funzioni dei singoli organi dell'organismo animale, H. Rothmann si occupa dei metodi per conoscere l'essenza e lo stato di funzionalità degli organi a secrezione interna. Le prove di carico, fatte tenendo sempre presente il complesso risultato dei quadri clinici, ci forniscono elementi tali da completare le nostre nozioni sulla funzione di una data ghiandola e di arrivare così ad una diagnosi funzionale più fina e più sicura.

L'A. studia, quindi, l'azione specifico-dinamica delle sostanze alimentari, il ricambio idrico e salino, il carico con idrati di carbonio, il sistema nervoso vegetativo, le variazioni della funzionalità dei vari organi mediante la terapia sostitutiva e medicamentosa.

Nel giudizio sullo stato funzionale degli organi a secrezione interna deve predominare il quadro clinico complessivo, che può essere, però, completato dallo studio del bilancio e del ricambio. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

VI Congresso Internazionale di Medicina e Farmacia Militare.

Dal 15 al 21 giugno si è tenuto all'Aja il VI Congresso Internazionale di Medicina e Farmacia Militare.

Sono intervenuti i rappresentanti di 32 Nazioni.

La Delegazione Ufficiale Italiana era composta dal col. medico Caccia prof. Filippo, capo della Delegazione Italiana e membro del Comitato permanente dei Congressi, dai ten. colonnelli medici Casella e Casarini, dal magg. chimico farmacista Gorreta, dai ten. colonnelli medici della R. Marina Galatà e Micheletti.

Hanno preso parte ai lavori del Congresso altri 25 ufficiali medici italiani.

La discussione dei vari temi si è svolta in un'atmosfera di serenità e di elevatezza portando un contributo non lieve alla risoluzione dei vasti, complessi e delicati problemi della medicina militare.

Per il III tema iscritto all'ordine del giorno: *Metodi di emostasia sul campo di battaglia; unificazione del materiale di primo soccorso e modalità della sua applicazione*, sono stati relatori ufficiali il col. medico CACCIA ed il ten. col. medico CASELLA che vennero felicitati dall'assemblea per il lavoro compiuto.

Presentarono anche pregiati lavori inerenti ai temi del Congresso i ten. colonn. medici GALATÀ, DE BERNARDINIS, CONSIGLIO e CASARINI, i capitani medici GAVINA e COMELLI, che nell'apposita sala di proiezioni mostrarono interessanti diapositive sulle plastiche facciali. (5° tema).

Alla cerimonia della seduta d'apertura del Congresso è intervenuto S. A. R. il Principe Consorte con le più alte Autorità Olandesi civili e militari.

Le riunioni vennero tenute nella suggestiva e antica sala Comitale sfarzosamente addobbata per la circostanza.

L'ospitalità offerta dal Governo Olandese è stata veramente superiore ad ogni aspettativa, molto signorili i ricevimenti offerti e molto interessanti le escursioni tra le quali è da annoverare quella a Leida con la visita all'Istituto criogenico.

La delegazione italiana è stata fatta segno a continue manifestazioni di simpatia e si può quindi con coscienza affermare che anche in quest'occasione il Congresso Internazionale di Medicina Militare ha offerto l'opportunità di un'efficace propaganda d'italianità all'Estero.

Nella seduta di chiusura sono state approvate dall'assemblea le conclusioni sulle cinque questioni in discussione.

Si reputa opportuno riportare le conclusioni del III e del V Tema, alle redazioni delle quali il contributo italiano è stato particolarmente efficace.

III TEMA: **Metodi di emostasi sul campo di battaglia. Standardizzazione del materiale di primo soccorso e modalità della sua applicazione.**

Colonnelli medici proff. F. CACCIA e D. CASELLA.

CONCLUSIONI.

1) L'emostasi di prima urgenza sul campo di battaglia fa risorgere la questione del laccio, mezzo d'emostasi, quasi sempre inutile, sempre pericoloso, sopratutto in mani non tecniche. Tuttavia per evitare che il laccio sia rimpiazzato sullo stesso ferito con un mezzo di legatura ancora più aggressivo per i tessuti, non è forse il caso di bandirlo definitivamente.

2) Il materiale da affidare al personale non tecnico dovrà soprattutto comprendere delle fascie di tessuto elastico (che però non sia di gomma) e dei tamponi emostatici; ma anche in riserva, un bendaggio emostatico nel caso che la medicatura compressiva venga a fallire.

3) L'istruzione dei porta-feriti, degli uomini di truppa e degli ufficiali sarà orientata sulla conoscenza dei pericoli che provoca il laccio e sulla sua indicazione esclusiva: l'emorragia a getto.

4) L'emostasi al posto di soccorso può essere lasciata sino ad un certo punto all'iniziativa del medico responsabile (chiusura provvisoria, per mezzo di sutura cutanea o di pinze, tamponamento con applicazione se necessario, sulla medicatura di un laccio d'attesa che verrà stretto in caso di bisogno).

5) Si ritiene opportuno che sieno continuate le ricerche indicate dai relatori italiani aventi lo scopo di limitare i pericoli dell'ischemia dovuto all'applicazione del laccio.

6) La questione essenziale sembra esser quella della istruzione del personale di servizio. Il Congresso emette il voto che questa istruzione sia standardizzata presso tutti gli eserciti.

7) Sarebbe desiderabile che un concorso fosse aperto per la ricerca della migliore fasciatura emostatica, a cura per esempio della Commissione di standardizzazione del materiale sanitario.

V TEMA: **Esiti dei traumatismi di guerra dei denti e del mascellare inferiore e loro trattamento.**

CONCLUSIONI.

1) La profilassi degli esiti delle ferite del mascellare inferiore e dei denti dipende in gran parte dal trattamento iniziale.

2) Nella cura di tali lesioni necessita fin dal principio la collaborazione del dentista e del chirurgo, realizzata in alcune Nazioni dai centri stomatologici.

3) L'infezione dei frammenti ossei è particolarmente temibile. Questa è mantenuta dalla presenza di corpi estranei, ossa, sequestri o denti. La cura consiste nella soppressione di ogni causa d'infezione.

4) Le pseudo-artrosi, le perdite di sostanze definitive che non guariscono con gli apparecchi appartengono alla chirurgia (innesti ossei); la osteosintesi metallica è controindicata.

5) I calli viziosi sono da trattarsi con l'osteotomia, con o senza innesto osseo, e con apparecchio immobilizzante aperto in buona posizione.

6) Le lesioni provocate sui denti, necrobiosi per rottura vascolo-nervosa, alveolisi, rottura di equilibrio interdentario, perdita di denti, ecc., saranno trattate appena possibile.

7) Le anchilosi ossee temporo-mascellari saranno trattate con artrotomia e apparecchio di mobilizzazione.

8) Le cicatrici viziose e le perdite di sostanza delle parti molli appartengono alla chirurgia plastica.

9) Le nevriti secondarie si tratteranno con la cura abituale delle nevriti.

10) Non si può nei feriti della faccia disinteressarsi della ripercussione che tali lesioni hanno sullo stato generale e sullo stato morale.

11) L'esperienza della ultima guerra ha dimostrato l'imperiosa necessità di istruire in tempo di pace un numero sufficiente di specialisti per curare le ferite mascello-facciali nelle diverse formazioni sanitarie.

Il Segretario: N. FABRIZI.

Società Medico-Chirurgica Bresciana.

Seduta del 28 aprile 1931.

Presidente: Prof. U. BARATOZZI.

Sopra alcuni casi di resezione gastrica per tumore.

Prof. A. PIGNATTI. — L'O. riferisce sopra cinque casi di neoplasia gastrica, presenta gli individui operati e i pezzi anatomici di resezione.

Accenna alla inanità di qualunque ardimento chirurgico a processo già avanzato, e perciò insiste sull'importanza di una diagnosi precoce di cui non dissimula le difficoltà.

Passa quindi a riassumere in breve i risultati della sua esperienza nei riguardi della chirurgia dei tumori gastrici durante un quadriennio di esercizio ospedaliero in Brescia.

Dott. ARTEMIO MAGRASSI. — *Sopra un caso di ulcera perforante plantare in bambina, guarita con la simpaticectomia periarteriosa.*

Rotture sotto-cutanee del bicipite bracchiale.

Dott. ENRICO DUSI. — L'O. riferisce sopra due casi di rottura del bicipite osservati presso l'ambulatorio della Cassa Nazionale Infortuni avvenuti il primo in un individuo nell'atto di sollevare un grosso peso per brusco aumento della gravità di detto peso in seguito a scivolamento, il secondo in un operaio, il quale portando un peso sulla spalla ha eseguito un brusco movimento di estensione dell'avambraccio quando già tutta la muscolatura del braccio si trovava in istato di forzata contrazione.

Accenna alla differenziazione coll'ernia muscolare e riporta il meccanismo patogenico a quello studiato dal Mori, che cioè la rottura muscolare avvenga a carico di un muscolo attivo quando la forza di trazione è data da una resistenza passiva estranea all'organismo, sul muscolo passivo quando la forza di trazione è data da un fattore intrinseco d'organismo cioè da un muscolo antagonista in stato di contrazione attiva.

Seduta del 12 maggio 1931.

Presidente: Prof. U. BARATOZZI.

Il prof. ALBERTI comunica alcuni casi di cefaloidrocele traumatico illustrandone la sintomatologia e i reperti radiografici.

Dott. E. FIORI. — *Resoconto statistico-clinico dopo il primo anno di funzionamento del Sanatorio di S. Antonino in Brescia (Div. Maschile).*

Seduta del 2 giugno 1931.

Presidente: Prof. U. BARATOZZI.

L'adinamia influenzale.

Dott. G. DAL POZZOLO. — L'O. da 500 casi di influenza osservati nell'istituto da lui diretto e nella pratica privata ricava considerazioni sulla adinamia influenzale (astenia neuromuscolare, astenia cardiocircolatoria, ipotensione arteriosa, ipotermica, bradicardia e bradipnea) e indica le norme terapeutiche.

A proposito di alcuni casi di febbre ondulante da brucelle in prov. di Brescia.

Dott. E. PANCOTTO e Prof. UBERTINI. — Il dott. PANCOTTO comunica di avere osservato, nel giro di pochi mesi di quest'anno, l'agglutinazione positiva per le brucelle in ben 6 casi. Il reperto è da ritenersi degno di considerazione in quanto era già noto come nella nostra provincia, malgrado esista da tempo una estesa morbilità epizootica per aborto, dopo quello pubblicato da Zanotti, non si erano ancora verificati casi di F. O. da brucelle nell'uomo: confermava il fatto anche l'esito negativo di 124 sierodiagnosi di Wright praticate dall'O. nel biennio 1929-30, colla mira di « depistare » casi di F. O.

Nei 6 casi recenti, di cui tre vennero « depistati » perchè ricercati, non fu possibile eseguire che parzialmente ricerche atte ad isolare il germe: nell'unico malato ricoverato negli Spedali Civili sono in corso ricerche culturali: un risultato positivo renderebbe così possibile quello studio del comportamento delle attività biochimiche e metaboliche del germe che viene ritenuto necessario per poter tentare di risolvere l'annoso problema etiologico dell'infezione.

Le prove d'indole sierologica non dettero particolari reperti per suffragare l'una o l'altra ipotesi in tema di differenziazione dei diversi generi di brucelle. Tutti i casi si riferivano a uomini che abitano in campagna.

Il prof. UBERTINI fa conoscere di non avere ricavato dalle indagini eseguite nelle località di abitazione di 3 dei 6 malati, elementi per affermare che sia esistito un contatto diretto o fondatamente probabile tra a vacca e l'uomo, quantunque in alcune delle stalle sia esistito od esistesse al momento dell'indagine una epizoozia d'aborto, come da conferme di laboratorio. L'O. comunica invece di avere riscontrato un gregge di capre e pecore affette da aborto e di averne isolato un germe che, per essere cresciuto in perfetta aerobiosi, è probabilmente da ritenersi una brucella melitensis.

Ricordate le porte d'ingresso dell'infezione nell'uomo e le vie di eliminazione dei germi nella vacca, l'O. richiama l'attenzione sull'importanza da attribuirsi ai latticini (e da noi allo « stracchino ») quali veicoli d'infezione, ma al proposito espone il parere che, ove la patogenicità del bac. di Bang per l'uomo fosse lontanamente paragonabile a quella del Micr. di Bruce, il pericolo cui la popolazione civile e rurale andrebbe incontro sarebbe addirittura catastrofico, dato il largo uso di latticini che si fa da noi oggigiorno.

Prof. L. PIETRANTONI. — *Anestesia tronculare e interventi nasali. Osservazioni sulla distribuzione topografica delle ramificazioni terminali del nervo nasale.* *Il Segretario*: Prof. M. FIAMBERTI.

Società Medico-Chirurgica degli Abruzzi.

Seduta del 10 maggio 1931.

Presidente: Prof. ANTONIO GASBARRINI.

Il dott. E. AGNIFILI riferisce *su due casi di fistole vescico-vaginali.*

Intervento sul simpatico per la cura chirurgica del cancro.

BEDARIDA. — In un caso di cancro inoperabile della lingua, diffuso al palato molle e metastasi ghiandolari del collo, nevralgie intense, esoftalmo, ecc. la resezione del simpatico cervicale avrebbe prodotto la cessazione dei dolori e una necrosi della porzione anteriore e laterale del tumore sulla lingua.

Considerazioni su alcune sindromi linfoadenitiche.

BERNABEO C. — Descrive 4 casi di sindrome ghiandolare simili a quelli descritti da Pfeiffer, sorte in seguito a 4 diverse malattie. Non è d'accordo quindi con quegli AA. che sostengono una origine grippale della sindrome, esprimendo l'opinione che la suddetta forma morbosa per la facilità della comparsa e per le frequenti recidive sia dovuta alle speciali condizioni del gruppo linfo ghiandolare sottosterno mastoideo, al quale fanno capo i vasi linfatici del naso, lingua, gengive, palato, faringe, laringe, ecc. per cui ogni infiammazione di questi organi può facilitare l'emigrazione verso le ghiandole di germi saprofiti divenuti patogeni. Accenna alle adeniti retromastoidee che vanno sotto il nome di m. di Filatow, ne rileva la somiglianza con la sindrome di Pfeiffer e ne riporta la genesi ad una infiammazione della regione temporo-mastoidea. Descrive una forma frequentissima in Abruzzo di poliadenite di tutti i gruppi superficiali ghiandolari del collo e della testa con inizio febbrile, simile all'eresipela.

Il dott. V. FACCINI parla *sull'indagine radiologica sulle appendiciti acute.*

Un caso di volvulo della vescichetta biliare.

P. FORNI. — Illustra un caso di volvulo della cistifellea, in cui la torsione sarebbe avvenuta per la lunghezza abnorme del cistico e del meso, per la mancanza di aderenze e pel volume esagerato della vescichetta. Fa alcune considerazioni sulla patogenesi e sulla difficoltà di diagnosi.

Il dott. SANVITALE riferisce *su la radiologia delle vie urinarie con dosi minime di uroselectan.*

Contributo sperimentale alla patogenesi dell'amaurosi ed ambliopia da chinino.

SCARDAFANE. — Riferisce il risultato di ricerche sperimentali sull'argomento concludendo che l'amaurosi da chinino è indipendente da ogni eventuale fenomeno di vasocostrizione retinica e che le alterazioni istologiche che si riscontrano all'inizio dell'amaurosi riguardano le cellule ganglionari (sostanza tigroide e reticolo neuro-fibrillare) e lo strato delle fibre ottiche della retina, la papilla e la porzione intraorbitaria del n. ottico.

Sindrome emiplegica da encefalite influenzale in un lattante.

TOMASSINI. — Illustrazione di un caso clinico. Richiama l'attenzione sulla labilità del sistema nervoso infantile specie poi se questo è sensibilizzato agli agenti tossi-infettivi, come nel caso riferito, in cui doveva aver giocato molta parte la somministrazione ripetuta e sistematica di bevande alcooliche.

Sulla tubercolosi della mammella.

TORTONA. — Riferisce un caso personale operato e seguito da morte per tubercolosi polmonare acuta. L'O. fa notare le difficoltà diagnostiche della tubercolosi primitiva della mammella e non condivide le idee generalmente accettate della quasi sicura benignità dell'intervento.

Il Segretario: Dott. A. TATTONI.

Società di Coltura Medica Novarese.

Seduta del 7 maggio 1931.

Presidenza: Prof. LUIGI BACIALLI.

Contributo alla conoscenza della distrofia muscolare progressiva pseudoipertrofica.

Prof. PIERO FORNARA. — L'O. espone in esteso le cartelle cliniche di cinque casi di « distrofia muscolare progressiva pseudoipertrofica » osservati in bambini, tre dei quali presenta: ricordate rapidamente le caratteristiche cliniche di questa malattia (mettendo in evidenza la possibilità dell'esistenza — netta in uno dei casi presentati — di Babinski, messa in evidenza da Crouzon, Spanio ecc.), discute sull'anatomia patologica, la patogenesi e l'eziologia della malattia stessa.

Accennato ai rapporti — certamente esagerati da parte di diversi autori — con la lue congenita, e con alterazioni endocrine, si sofferma a discutere sull'importanza del fattore ereditario e mette in evidenza come dei suoi cinque casi uno concerna una femmina e si presenti coi caratteri di caso isolato non famigliare, gli altri quattro in maschi di due famiglie distinte: in queste due famiglie l'albero genealogico mette nettamente in evidenza un tipo di trasmissione ereditaria ad eredità consessuale (Jex-limited) diaginica nel senso che sono colpiti solo i maschi ma si trasmette solo attraverso le femmine, che pure sono sempre, esse, indenni. Conclude esponendo le spiegazioni che, in base alle cosidette leggi dell'eredità mendeliane e neo-mendeliane si dà oggi a questa modalità di trasmissione in base allo studio della trasmissione ereditaria del sesso. Seguì discussione.

Il dott. ANGELO VANELLI riferisce *su di un caso di mania pura in un fanciullo.*

Paralisi progressiva atipica o sifilide nervosa?

Dott. LUIGI CABITTO e dott. ANGELO VANELLI. — Gli OO. presentano un caso a sintomatologia di paralisi progressiva, dove la R. W. sul siero di sangue e gli esami sul liquor sono completamente negativi. Seguì discussione.

Linfoadenosi aleucemica.

Dott. DIEGO CANTONE. — L'O. presenta un caso di linfoadenosi aleucemica in un uomo di 67 anni in cui l'esame obiettivo dimostra un notevole tumore di milza e numerose linfoghiandole discretamente ingrossate in corrispondenza di tutte le stazioni linfatiche superficiali.

All'esame ematologico si è riscontrata una discreta leucotomia (4000 globuli bianchi) ed una linfocitosi relativa del 45 %.

L'esame attento degli strisci ha messo in evidenza la presenza di una discreta percentuale di linfoblasti, di qualche tipico emocitoblasta e di qualche normoblasta permettendo così di stabilire la diagnosi di linfoadenosi che già clinicamente era stata prospettata.

Il Segretario: Dott. RINALDO MICOTTI.

Società di Coltura Medica della Spezia e Lunigiana.

Seduta del 29 maggio 1931.

Presiede il prof. dott. RINALDO CASSANELLO.

Sopra un caso di scorbuto infantile.

Prof. dott. C. GIAUME. — Riferisce un caso di scorbuto infantile conclamato, trattando della diagnosi differenziale e richiamando poi l'attenzione sui casi frusti, che sono più frequenti di quanto si creda e non sempre di facile diagnosi. Rammenta l'importanza, che, nell'etiopatogenesi di questa malattia, assume il latte pasteurizzato, che spesso viene bollito dalle madri, divenendo così scorbutigeno. Invoca quindi un opportuno temperamento alle disposizioni, che vigono sull'approvvigionamento del latte.

Aneurismi veri dell'arteria poplitea.

Dott. LUIGI ALLEGRI. — L'O. riferisce su due casi di aneurismi veri dell'arteria poplitea, operati con l'estirpazione del sacco, l'allacciatura a monte ed a valle dell'arteria e la legatura simultanea della vena.

Fa risalire l'ottimo resultato avuto, con completa conservazione dell'arto, malgrado il cospicuo volume raggiunto dalle sacche aneurismatiche e la rottura preoperatoria di una di esse, con fenomeni di incipiente gangrena del piede, alla cura messa in opera, di cui ricorda i vantaggi dell'allacciatura della vena e della posizione declive dell'arto secondo Ceci-Vignolo, per il più favorevole proporzionamento ed afflusso del sangue arterioso nell'arto inferiore, e specialmente nella gamba.

Strozzamento erniario in un lattante.

Dott. FRANCESCO NEGRI. — Riferisce un caso di strozzamento erniario, sopravvenuto in un lattante, nato di otto mesi da parto gemellare e di 1900 grammi di peso, al 23° giorno di età.

Nel sacco erniario fu ritrovato il cieco con l'appendice che fu asportata.

Mette in rilievo la rarità dello strozzamento erniario nell'infanzia ed il decorso postoperatorio che fu tra i più felici.

Il Segretario: Dott. DOMENICO ROLLAND.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Seduta del 4 marzo 1931.

Presidenza: Dott. GAGGIA, vice-presidente.

Ascesso otitico sottodurale con sintomi oculari.

Dott. G. FERRARI. — L'O. presenta un malato già da molti anni sofferente di otite media destra, nel quale si erano manifestati gravi sintomi di

diffusione endocranica della infezione, febbre elevata, stato subcosciente, rigidità nucale. L'esame degli occhi dimostrò stasi al fondo oculare, paralisi bilaterale del 6° paio. Un intervento chirurgico (trapanazione) non riuscì a raggiungere la raccolta purulenta, ma comunque in seguito ad esso si verificò un rapido miglioramento, residuandone tuttavia lieve paresi dei muscoli retti esterni.

Un nuovo intervento eseguito circa un anno dopo, condusse attraverso la mastoide in profondità sulla rocca, ove da una cavità fungheggiante fu estratto un sequestro grande quanto una nocciuola.

Il caso è interessante perchè la sintomatologia poteva far pensare a un ascesso cerebrale di origine otitica, ma la concomitante doppia paralisi del 6° paio richiamò l'attenzione al piano osseo della base cranica e permise di stabilire la diagnosi di ascesso sottodurale localizzandolo verso l'apice della rocca. Anche in un caso di trauma cranico, recentemente osservato, l'O., constatando la doppia paralisi del 6° paio, potè precisare il decorso della frattura della base come passante attraverso gli apici della rocca petrosa.

Il prof. M. LAPENNA riferisce *sopra un caso di distrofia iperplastica del secondo metatarso tipo Deutschländer.*

Il prof. R. DARDANI riferisce *su un caso di tetano dei neonati guarito spontaneamente.*

Un caso di mongolismo.

Prof. R. DARDANI. — L'O. mostra ed illustra un caso di mongolismo in un bambino di 14 mesi, con una sindrome morbosa chiaramente tipica. Ed appunto per la presenza di tutti i segni della malattia in un'età in cui molti sogliono ancora mancare, crede interessante l'illustrazione del caso, rilevando, circa la etiopatogenesi, come nel soggetto in parola — in assenza di ogni altro dato — si possa sospettare l'età avanzata dei genitori (padre 56 anni, madre 48) quale causa o concausa della malattia, e ricordando nel contempo l'inutilità di ogni terapia.

Su un caso di difterite vulvare.

Dott. VOLPATO. — L'O., dopo avere ricordati i casi meno frequenti di localizzazione primitiva del bacillo di Löffler, illustra un caso, osservato nel reparto pediatrico, di difterite vulvare primitiva. Ricorda come anche in questa rara localizzazione la sieroterapia specifica abbia palesemente bene influito sul decorso della affezione, ed insiste che questo metodo di cura è ancora il migliore di cui oggi possa disporre il medico.

Seduta del 1° aprile 1931.

Presidenza: Prof. PIERI, presidente.

Alterazioni epatiche in rapporto colla infezione tubercolare.

Prof. L. MANINI. — L'O. riferisce intorno a un malato di tubercolosi polmonare cronica, che presentava un cospicuo ingrandimento del fegato, interpretato come dovuto a una epatite cronica (tipo Sabourin); all'autopsia si potè invece stabilire che si trattava di una epatite tubercolare a grossi nodi caseosi; la milza era un po' ingrandita, per congestione, non presentava però lesioni tubercolari.

L'O. prende lo spunto da questo raro caso di epatite (di cui presenta il pezzo anatomico) per passare in rassegna le alterazioni epatiche che possono osservarsi in rapporto con l'infezione tubercolare.

Sul parto rapido alla Delmas.

Dott. VOLPATO. — Esposta la tecnica della evacuazione estemporanea dell'utero in rachianestesia secondo Delmas, l'O. riferisce su 6 casi trattati con tale metodo nel Reparto ostetrico dell'Ospedale di Belluno.

Sulla base dell'esperienza di questi casi, in 4 dei quali si trattava di inerzia uterina, e in 2 di placenta previa, l'O. ritiene che il metodo, quando trovi le sue giuste indicazioni, possa essere di grande utilità e pressochè scevro di inconvenienti (nei casi illustrati dall'O. si verificarono due lievi lacerazioni della forchetta, e una non grave lacerazione del collo uterino).

Egli esclude l'attuazione del metodo nei casi in cui non sia di necessità richiesto uno svuotamento rapido del viscere, e ritiene esista una notevole differenza fra intervento condotto nella donna che si trovi in travaglio di parto e quello invece praticato prima del travaglio, riuscendo la manovra in questa ultima circostanza meno agevole, ed esponendosi l'operatore non infrequentemente a degli insuccessi.

Il prof. G. PIERI presenta *un caso di amputazione cinematica.*

Emorachide mortale consecutivo a rachianestesia.

Prof. G. PIERI. — Un uomo di 50 anni viene operato per ernia inguinale in rachianestesia; furono iniettati cc. 0,9 di soluzione di stovaina al 10 % usando un ago dello spessore di 1/2 millimetro; l'anestetico fu diluito per tre volte col liquor al volume di cc. 2 1/2. Dopo circa 24 ore insorsero fieri dolori ai lombi che si irradiavano con crampi agli arti inferiori; la rachicentesi praticata 12 ore dopo l'insorgenza dei dolori estrasse poche gocce di sangue scuro, nè si aumentò la quantità aspirando con la siringa. Dopo 48 ore i dolori erano diminuiti di intensità e si era stabilita cistoplegia; obbiettivamente si osservava ipertonia dei muscoli degli arti inferiori con sussulti, abolizione del riflesso rotuleo. Il malato cadde in stato di progressiva depressione fino alla morte avvenuta tre giorni dopo la rachianestesia.

L'autopsia dimostrò il cavo durale spinale ripieno di sangue coagulato fino alle prime vertebre cervicali; nulla alla ferita. Sembra di poter escludere uno stato emofiliaco. L'emorachide va attribuito verosimilmente o alla ferita accidentale di un vaso dello speco, o, più probabilmente, alla rottura di un vasellino (forse una delle due arteriole che accompagnano il filum terminale) nella manovra del *barbotage.*

Questa grave complicazione deve essere rarissima (l'O. l'ha osservata una volta su circa 5000 rachianestesie praticate su un totale di oltre 12.500 operazioni) e non si ritiene da essa autorizzato ad abbandonare la rachianestesia, che tanti vantaggi presenta per le operazioni sulla parte inferiore dell'addome e sugli arti inferiori.

Il Segretario: G. LOCATELLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Il rumore di "clapet„ delle caverne idatidee.

È un segno che Olmer (*Marseille-Médical*, 67° anno, n. 19) ha constatato, dopo Lorieux, in 3 malati portatori di cisti rotte nei bronchi. È un rumore speciale, comparabile a quello che si ode a livello di una valvola che si arresti bruscamente. Verosimilmente è dovuto alla vibrazione prodotta da un frammento di membrana che occlude l'orifizio di comunicazione della cisti verso il bronco. Si produce specialmente nelle cisti superficiali ed allorchè la cavità della cisti è mantenuta beante da una parete sclerosata ed incompressibile; di preferenza nelle cisti infettate, di piccole dimensioni, vicine alla parete, la cui apertura rimonta a qualche mese. Il rumore è spesso percettibile con la mano e si produce nell'espirazione e alla fine dell'inspirazione. È utile far tossire il malato per metterlo in evidenza. Qualche volta prende alla radioscopia un aspetto speciale di movimento di bandiera: un'ombra che si alza e si abbassa sotto l'influenza dei movimenti respiratori sul livello liquido. Il rumore è ben distinguibile dagli sfregamenti e si avvicina ai rumori segnalati in caverne con orifizio ostruito da essudati spessi o da frammenti di tessuto polmonare. Questi rumori sono incostanti e fugaci; sono rari, si presentano spesso in due fasi successive all'inspirazione ed all'espirazione (rumori respiratori metamorfosanti di Skoda). Il rumore descritto nelle cisti rotte nei bronchi non è modificato dai movimenti respiratori e si ritrova con gli stessi caratteri per mesi. Si potrà distinguere facilmente dai rumori laringo-tracheali che si manifestano nelle diverse varietà di tracheo-bronchite pseudomembranosa e dovuti alla presenza nella trachea o nei bronchi di false membrane in parte aderenti alla parete. MONTELEONE.

La broncografia nella diagnosi differenziale fra bronchiectasie e caverne tubercolari.

J. Katzmann e A. Nowikow (*Zeit. f. Tuberk.*, dic. 1930) fanno rilevare le difficoltà diagnostiche che si oppongono spesso ad una diagnosi differenziale fra caverne tubercolari e bronchiectasie. Non soccorrono i sintomi fisici (ottusità, respiro bronchiale od anforico, rantoli umidi di diversa specie), non la localizzazione (la bronchiectasia può trovarsi anche nei lobi superiori), non l'assenza di bacilli tubercolari e di fibre elastiche nello sputo, che può talora aversi nelle caverne e nemmeno l'esame radiologico quando non si abbia il reperto di una caverna tipica, non offuscata dai segni di peribronchite.

In tali casi, la broncografia fatta mediante il lipjodol può essere di grande aiuto, come dimostrano i 4 casi riferiti dagli AA., in cui esistevano i segni fisici delle caverne, vi era una anamnesi con precedenti emottisi ed aumenti di temperatura periodici; nonostante la mancanza di fibre elastiche e di bacilli nello sputo, i malati erano stati inviati con diagnosi di tubercolosi al III stadio.

La broncografia, invece dimostrò trattarsi per tutti 4 di bronchiectasia. In un caso, si trattava di un giovane di 22 anni che era stato dichiarato ormai invalido per tutta la vita.

La broncografia è, pertanto, indicata nei casi in cui il reperto radiologico non concorda con quello fisico e mancano fibre elastiche e bacilli ed inoltre, quando la radiografia mostra una tipica retrazione polmonare mentre l'esame fisico dimostra la presenza di una cavità, sempre con assenza di bacilli e di fibre elastiche.

Data l'importanza pronostica e sociale della diagnosi di caverne, è necessario prima di arrivare ad essa, di fare la broncografia quando manchino le fibre elastiche ed i bacilli nello sputo. *fil.*

CASISTICA E TERAPIA.

Sull'appendice doppia.

Una anomalia di doppia appendice è stata riscontrata da Braatz; ma monografie sull'appendicite, come quella di Gerotz del 1929, dicono che casi autentici non ne esistono, come del resto asseriscono gli anatomici e i patologi.

In un caso occorso a Goldschmidt (*Zent. f. Chir.*, 1930, n. 50) si trattava di un giovane di 14 anni che nell'agosto del 1929 aveva avuto un attacco tipico di appendicite con febbre, vomito e dolore locale.

Da due medici venne consigliato subito l'intervento che fu rifiutato dalla madre; l'attacco scomparve in circa 3 settimane. Dopo 3 giorni nuovo attacco e subito consigliato l'intervento. Fu trovato il cieco fissato con vecchie aderenze; fu mobilizzata ed isolata tutta l'appendice ch'era rivolta con l'apice in dietro. Fatta l'appendicectomia l'A. si avvide che tra l'impianto dell'appendice e lo sbocco dell'ileo era un corpo grosso quanto una noce ricoperto da aderenze coll'omento, fissato al cieco e provvisto di un mesenteriolo. Asportatolo residuò nel cieco una perdita di sierosa che venne suturata.

L'esame microscopico (Sternberg) dell'appendice e del secondo corpo asportato diede un quadro identico: i due preparati sembravano due tagli della stessa appendice. La spiegazione poteva esser data da 3 possibilità: che si trattasse di un diverticolo del cieco, o di una appendice duplice o di un pezzo di

appendice rimasta aderente al cieco dopo amputazione automatica, possibilità ultima che non può essere sicuramente esclusa.

R. BRANCATI.

Sull'appendicite traumatica.

Max Marcus (*Dsch. z. f. Chir.*, 1931, vol. 230), a proposito di due casi caduti sotto la propria osservazione ricorda i rapporti fra trauma e appendicite che egli divide in 3 gruppi: 1° quello in cui l'appendice è lesa con soluzioni di continuo dal trauma stesso; 2° il trauma riacutisce un'infezione pregressa o la prepara con aderenze, inginocchiamenti, ecc.; 3° il trauma non produce lesioni anatomiche visibili, ma il trauma con disturbi circolatori prepara il terreno all'azione microbica. Di tali turbe vasali l'A. avanza l'ipotesi sulla base degli studii e della teoria di Riecke.

V. GHIRON.

Sull'invaginazione acuta e subacuta dell'intestino e importanza della poliposi.

M. Reisinger (*Deut. z. Chir.*, 1930, vol. 227) riporta 38 casi di invaginazione intestinale in bambini e adulti da lui curati, di cui alcuni recidivarono 2 ed anche tre volte; alcuni casi si ripeterono fra persone della stessa famiglia. Egli insiste molto sull'importanza che la poliposi sia del colon come del tenue hanno sulla genesi della malattia e nel suo recidivare per il fatto che la poliposi si può verificare in tratti lontani tra loro del tubo intestinale.

Per quanto riguarda il trattamento chirurgico e i risultati il suo lavoro ripete dati già noti.

V. GHIRON.

Sulle ulcere acute del duodeno.

Hoffmann (*Bruns Beitrage*, vol. 150, H. 1, 1930) descrive due casi di ulcere duodenali operate di resezione e di cui furono esaminati istologicamente i pezzi asportati. In uno di questi vi erano due ulcere e nell'altro una sola ulcera. L'interesse dei due casi sarebbe dato, secondo l'autore, dal fatto che macroscopicamente e istologicamente avevano l'aspetto di ulcere acute giacchè era ancora riconoscibile una specie di panno flogistico, un notevole edema dei tessuti con accumulo di leucociti e fatti di necrobiosi nel centro dell'ulcera. Mancava completamente la reazione connettivale fibrosa che si riscontra nelle ulcere di vecchia data. La distruzione della parete duodenale era profonda giacchè interessava non solo la mucosa e la sottomucosa ma anche la muscolare. Osservazioni simili sarebbero rare nella letteratura. L'A. ha ricercato l'esistenza di una gastrite la quale secondo la teoria di Konjetzny costituirebbe uno stato pre-ulceroso delle pareti gastro-duodenali. Egli non avrebbe trovato alcun segno di gastrite come non riscontrò fatti di trombosi nei vasi prossimi all'ulcera contrariamente a quanto è stato sostenuto in passato. Egli ritiene pure che un processo di necrobiosi così intenso non si può spiegare come espressione di un fenomeno flogistico semplice e ritiene che esistono molti punti di analogia tra le ulcere gastriche e le ulcere trofiche.

V. GHIRON.

Estratto pancreatico desinsulinizzato e ulcere gastroduodenali croniche.

Secondo le moderne vedute, la cura delle ulceri gastro-intestinali croniche si baserebbe su quattro elementi: riposo in letto, dieta, estratto epatico desinsulinizzato, e medicamenti sintomatici.

Il riposo in letto è assolutamente necessario, onde tenere a riposo i plessi nervosi gastrici, e si permetterà di alzarsi solo allorquando il miglioramento è ben avviato.

La dieta va divisa in un primo periodo di 7-10 giorni, durante il quale si darà solo latte (1-2 litri); in un secondo di uguale durata con permesso di minestre di legumi passati e burro, uova e biscotti; e in un terzo, nel quale si aggiungerà pane abbrustolito, composte, pesce bollito, carne di pollo lessa. Tale ultima dieta va continuata per 3-4 mesi, evitando sempre gli alcoolici, il tabacco, le insalate, le spezie.

Il trattamento medicamentoso è invece secondario, perchè la somministrazione di alcalini e di bromuro di sodio nei più nervosi non è indispensabile.

Valore grandissimo ha invece l'estratto epatico desinsulinizzato, che va in commercio col nome di « Angioxyl ».

C. Dimitracoff (*Arch. mal. app. dig. et mal. de la nutr.*, XXI, n. 3, marzo 1931) riporta la storia di 12 suoi malati, i quali ritrassero da tale trattamento un vantaggio indiscutibile. La quantità delle iniezioni endomuscolari praticate con l'estratto si aggirò intorno alle 10-30 (1 fiala di cmc. 2 al giorno).

Nella maggior parte dei casi il miglioramento si manifestò fin dalla 3ª iniezione, con diminuzione dell'acidità gastrica e delle pirosi, ritorno dell'appetito, attenuazione progressiva del dolore, ripristino del benessere generale ed aumento del peso.

A parecchi mesi di distanza, la guarigione dei malati persisteva indiscussa.

Quanto al meccanismo di azione dell'estratto pancreatico desinsulinizzato l'A. dichiara che ancora si è nel campo delle ipotesi, perchè tutte le teorie emesse in proposito non appaiono definitivamente provate.

Egli paragona tuttavia tale azione a quella esplicata dall'insulina nel diabete e pensa che possa essere di tipo ormonale o sensibilizzante, provocando il riflesso duodenale di Boldyreff e regolarizzando la secrezione del pancreas e del duodeno, la quale, a sua volta, influenza favorevolmente le funzioni alterate del tratto gastro-duodenale.

M. FABERI.

La cura delle emorroidi.

F. Lotsch (*Fortschr. der Ther.*, H. 7, 1931) ricorda che, di fronte alle emorroidi il primo quesito da porsi è se si tratti di un reperto a sè o dell'espressione di un'altra malattia, sopratutto del tumore della parte bassa dell'intestino. Ricorda poi che mentre le vene emorroidarie esterne vanno a sboccare nella v. cava inferiore, quelle interne affluiscono, traverso la v. mesenterica, al circolo portale; onde processi flebitici emorroidarii possono, a seconda della loro sede, farsi risentire sul polmone o sul fegato.

Il medico è generalmente chiamato a curare le emorroidi solo quando esse danno forti emorragie o sono prolassate: in genere il malato ha paura del medico, perchè sa che l'esame locale che egli deve compiere sarà dolorosissimo.

L'esame digitale, con guanto completo di gomma bene unto d'olio o di vasellina, sarà da preferirsi a quello con i vari istrumenti (speculo ecc.) che sono in genere mal tollerati: ad ogni modo è consigliabile, quando si può, di farlo precedere dall'introduzione di una supposta di belladonna.

Talora è necessaria la narcosi.

In prima linea la terapia si basa su regole generali, che mirano a regolarizzare la funzione dell'alvo (purghe saline, uso di paraffina, clisteri e supposte): il malato deve evitare di stare a lungo seduto, deve fare dello sport ecc.

Quando le emorroidi s'infiammano s'impone il riposo a letto per più giorni, l'applicazione di pomate o di impacchi rinfrescanti: i clisteri saranno fatti con l'aiuto di una sonda rettale molle.

Per le pomate si usano zinco, bismuto, magari con aggiunta di anestetici: l'Autore ha avuto buoni risultati con una pomata di percaina.

Qui l'A. enumera una lunga serie di specialità tedesche, che tralasciamo.

Va però notato il tentativo terapeutico della Clinica di Kraus, che raccomanda l'uso di preparati a base di Scilla, basandosi sul concetto che in molti emorroidarii esiste una stasi del circolo destro, donde l'indicazione alla terapia cardiocinetica.

Se queste cure non bastano, e il dolore non cede, allora bisogna ricorrere al chirurgo: l'intervento più praticato oggi è quello delle iniezioni: ma, allo scopo di rendere evidenti e di far prolabire i noduli, si ricorre ad un'espirazione con una ventosa speciale che, attirando la mucosa del retto e estraendo ogni secrezione, apre e chiarisce il campo operatorio.

Come materiale d'iniezione sono stati usati fenolo con glicerina, chinino, alcool al 96 %.

Questo intervento è spesso preferito dai pazienti che temono il bisturi o il termocauterio: ad ogni modo il chirurgo ha a sua disposizione varii altri metodi: l'estirpazione, la galvanocaustica, che ha sostituito il Paquelin e la recente elettrocoagulazione.

E di questi userà, secondo il suo giudizio.

V. SERRA.

Il trattamento delle ragadi anali con le iniezioni locali di chinino e di urea.

La ricerca di una nuova terapia della ragade anale non è senza importanza: questa affezione infatti è capace di causare spesso delle crisi dolorose di intensità estrema, atroci, sincopali, che possono durare da una mezz'ora fino a 7-8 ore.

R. Bensaude, A. Cain e J. A. Lièvre (*Société Médicale des Hôpitaux*, 10 genn. 1930), adottano con successo le iniezioni locali di una soluzione di cloridrato doppio di chinino e di urea al 5%.

Posto il malato in posizione genupettorale e fatte divaricare le natiche, si inietta molto rapidamente al di sotto del tragitto della ragade, un quarto di centimetro cubo della soluzione facendo penetrare l'ago per 4-5 mm. L'iniezione è molto dolorosa, ma il dolore cessa quasi subito.

In genere basta una sola iniezione al massimo due o tre a distanza di due o tre giorni tra loro.

Dopo l'iniezione si fa sulla ragade una applicazione di ittiolo o di nitrato d'argento. Le indicazioni delle iniezioni di chinino e urea risiedono nella esistenza di una ragade anale tipica e della sindrome dolorosa caratteristica della ragade stessa.

È poi assolutamente necessario essere certi della esistenza dell'ulcera: vederla e toccarla. Gli AA. hanno curato 21 malati colpiti da ragade e riferiscono i risultati ottenuti e nei riguardi dell'elemento dolore e della evoluzione anatomica della ragade.

Quasi costante è stata la rapida diminuzione del dolore anche nei casi antichi ed anche in presenza di emorroidi.

Ad eccezione di uno, tutti i malati hanno tratto giovamento dalla cura e furono sufficienti una o due iniezioni. Con la cessazione dello spasmo sfinterico, la ragade anale è « messa a piatto ».

Ne segue una cicatrizzazione più o meno rapida che però gli AA. si lagnano di non aver potuto seguire in tutti i malati a causa della difficoltà di riesaminare quei pazienti che non presentano più segni funzionali.

VICENTINI.

MEDICINA SCIENTIFICA

Esperimenti sulla mutazione e sulla patogenicità col B. C. G.

Il ceppo di b. della tubercolosi noto come Bacillo Calmette-Guérin fu isolato nel 1906. Esso fu largamente usato a scopo profilattico specialmente dopo il 1924. La letteratura sul-

l'argomento è vastissima. La maggioranza degli esperimenti, dicono Dreyer e Vollum (*The Lancet*, 3 gennaio 1931), è favorevole, cioè esso non sarebbe patogeno e aumenterebbe la resistenza alla tubercolosi anche se non desse una vera immunità.

Però il Griffith non è riuscito a immunizzare le scimmie e altri (Petroff, Branch, Steenken, Watson, Lignieres) trovarono il B. C. G. più o meno virulento e non considerano giustificato il suo uso. Petroff, Branch e Steenken hanno isolato dal B. C. G. due ceppi, l'R e l'S; il primo provoca lesioni che tendono a guarire in 2-4 mesi, il secondo dà tbc. progressiva in conigli e nelle cavie, Gerlach però non confermò queste osservazioni col tipo S.

Il bacillo usato dal Petroff non era ottenuto secondo le norme di Calmette, però è bene notare che l'organismo umano non è un terreno di cultura alla bile.

Gli AA. hanno osservato che b. della tubercolosi umana coltivati in mezzi artificiali per parecchi anni possono crescere in brodo di vitello al peptone e diventare notevolmente virulenti.

B. C. G. furono passati in terreno al brodo di vitello con peptone e poi inoculati in cavie. Nella maggioranza di queste cavie fu coltivato il b. della tubercolosi dal sangue del cuore.

Le cavie presentavano poi all'autopsia, con grande frequenza, lesioni tubercolari dei testicoli o dell'epididimo.

Da questi esperimenti, il cui protocollo è dettagliatamente trascritto, Dreyer e Vollum concludono che in condizioni speciali di coltivazione il B. C. G. può acquistare un grado relativamente alto di virulenza per gli animali da laboratorio.

Questo fenomeno di mutazione è ancora allo studio.

Essi videro anche una delle 20 cavie inoculate col B. C. G. ricevuto dall'Istituto Pasteur presentare lesioni caseose del testicolo e dell'epididimo alla morte sopravvenuta 22 mesi dopo l'inoculazione.

Per stabilire la virulenza di un ceppo, gli animali inoculati devono rimanere in osservazione non per mesi, ma per anni (e di questa opinione sono anche Petroff e Watson).

R. LUSENA.

VARIA.

L'impiego del muscolo di uccello come agente emostatico.

Il problema dell'emostasi preoccupa in modo particolare il neuro-chirurgo. Poichè in questo campo i comuni procedimenti di emostasi si dimostrano spesso insufficienti, i neuro-chirurgi si sono rivolti ai procedimenti biologici. A questo scopo Horsley ebbe l'idea di utilizzare un frammento di muscolo umano. Th. de Martel, J. Guillaume e M. Lassery (*Presse Médicale*, n. 102, dicembre 1930) utilizzano il muscolo di uccello, specie di piccione.

Negli uccelli il meccanismo della coagulazione è identico a quello dei mammiferi, ma il sangue contiene solo il fibrinogeno. Sono i tessuti, e particolarmente i muscoli, che contengono in massima parte gli elementi della trombina. Nel muscolo intatto questi elementi sono separati e non possono riunirsi, il sierozima è nel succo tissurale e il citozima nella cellula muscolare, ma appena il muscolo viene diviso o contuso, il citozima viene messo in libertà, si forma la trombina ed il fibrinogeno diviene fibrina. Nell'uccello, dunque, il muscolo diviene il vero agente della coagulazione.

Da queste nozioni gli AA. sono stati logicamente condotti ad utilizzare il muscolo di uccello come agente emostatico. Gli AA. hanno scelto il piccione per la facilità con la quale si può procurarli e per la semplicità della tecnica di prelevamento asettico dei suoi muscoli. Inoltre il piccione è raramente portatore di infezioni e le manifestazioni della difterite, della tubercolosi o del mollusco contagioso sono sufficientemente nette per permetterci di evitarne l'impiego quando esso sia portatore di queste affezioni.

Per il prelevamento, la tecnica è la seguente. Nel corso di una operazione, quando il suo impiego è giudicato necessario, un piccione, precedentemente spennato nella sua parte ventrale, è sacrificato per strangolamento. Limitata e jodata la zona operatoria, si incidono con il galvanocauterio i tegumenti lungo lo sterno, si scollano dai piani muscolari sottostanti e si prelevano con un bisturi le masse muscolari toraciche, che vengono tagliate in piccole lamelle perpendicolarmente alla direzione delle fibre. Questi frammenti vengono applicati sulla superficie sanguinante sulla quale vengono mantenute per alcuni istanti per mezzo di ovatta bagnata in siero fisiologico. L'azione è rapida e, anche a distanza dalla zona emorragica, il sangue stravasato coagula.

Gli AA. utilizzano da molti mesi questo procedimento ed hanno potuto così frenare delle emorragie, che sarebbero state fatali. Questi fatti non interessano solo il neuro-chirurgo, ma sono suscettibili certamente di applicazioni più generali. In chirurgia generale il metodo sembra agli AA. particolarmente indicato per lottare contro le emorragie da traumi epatici, splenici, renali, ecc. e per assicurare l'emostasi in chirurgia ossea e vascolare, là dove i mezzi meccanici abituali si dimostrano spesso insufficienti. Prezioso può essere il metodo anche nel dominio oto-rino-laringologico.

C. TOSCANO.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XXI. - Modificazioni del trattamento economico degli impiegati, risultanti dai decreti 1927 n. 1159 e 2672.

La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 27 febbraio 1931, ric. Arces, ha annullato il provvedimento del Prefetto di Brindisi che aveva applicato con effetti *sullo stipendio* le riduzioni disposte dal decreto 23 giugno 1927 n. 1159. Ha considerato la V Sezione che non fu soggetto a decurtazione lo stipendio, ma furono ridotte soltanto le indennità di caroviveri.

Per intendere meglio questa risoluzione, della quale riporteremo in seguito la motivazione, non è inutile precisare l'oggetto e i limiti delle riduzioni di trattamento economico disposte nel 1927.

Con decreto legge 7 maggio n. 694. furono ridotte le *indennità caroviveri* corrisposte al personale dipendente dalle amministrazioni dello Stato.

Questa disposizione fu poi estesa al personale degli enti locali, con decreto legge 23 giugno 1927 n. 1159, con precisa specificazione: « riduzione delle indennità temporanee mensili, dei soprassoldi e degli altri assegni di *caroviveri* ». Si presentò, però, questa difficoltà: alcuni enti non avevano attribuito una speciale indennità di caroviveri distinta dallo stipendio, ma, tenuto conto delle mutate condizioni economiche, o avevano aumentato lo stipendio o avevano concesso speciali assegni e indennità; in altri termini, il trattamento economico era stato modificato e migliorato per causa dipendente dal maggior costo dei viveri, ma non risultava espressamente una speciale indennità di caroviveri.

Sopravvenne il D. L. 29 dicembre 1927, numero 2672, il quale dispose così all'art. 4: « gli assegni di carattere normale e continuativo corrisposti al personale il cui trattamento economico non sia inferiore a quello previsto alla lettera A del precedente art. 1 e da quello che si trovi nelle condizioni di famiglia indicate alla lettera B dello stesso articolo che, in aggiunta allo stipendio, paga retribuzioni ed altre competenze analoghe, *non percepisca alcuna indennità, soprassoldo od assegno, a titolo di caroviveri*, saranno ugualmente ridotti, a decorrere dal 1° dicembre 1927, di L. 30 mensili ».

Così si provvide alla condizione di coloro che avevano avuto aumenti, ma senza espressa designazione di indennità di caroviveri.

Il D. L. 14 novembre 1929 n. 2044, con interpretazione autentica delle disposizioni dei decreti del 1927 n. 1159 e 2672, dichiarò che le riduzioni dovessero ritenersi applicabili anche al *supplemento di servizio attivo* attribuito agli impiegati che, in aggiunta allo stipendio e al supplemento del medesimo, non godevano di assegni per espresso titolo di caroviveri. Fu, dunque, ridotto anche il supplemento di servizio attivo dello stipendio, che in realtà non aveva causa dipendente dal caroviveri ma non fu modificato lo stipendio. Il Prefetto di Brindisi ritenne, invece, che le riduzioni colpissero anche lo stipendio. Era un errore. Il Consiglio di Stato lo ha corretto con la decisione già indicata, della quale riportiamo la motivazione.

« Nè dalla intitolazione dei due decreti del 1927 nè — quel che più importa — dal contenuto dei rispettivi articoli, risulta che lo stipendio sia sottoposto a decurtazione. I titoli premessi ai due atti legislativi testè menzionati parlano soltanto di indennità temporanee mensili, soprassoldi ed altri assegni caroviveri, e più semplicemente di indennità caroviveri. Notevole è poi la disposizione dell'art. 2 del R. D. L. n. 1159, che, qualora nelle competenze ed assegni di carattere continuativo siano stati assorbiti e consolidati in tutto od in parte indennità temporanee mensili, soprassoldi ed altri assegni di c. v., per il computo del trattamento di cui al precedente art. 1 si tiene conto soltanto della quota assorbita fino alla concorrenza di L. 780, mentre la quota residua sarà considerata come assegni di caroviveri e conglobata con gli altri assegni allo stesso titolo corrisposti, agli effetti delle soppressioni e riduzioni.

Se, dunque, nel caso previsto nel riportato articolo, si distingue la parte di assegno assorbita nello stipendio dall'altra parte che, sola, si computa ai fini delle soppressioni e riduzioni, si ha in tale distinzione la riprova più sicura che alle riduzioni non sia soggetto lo stipendio. Se diversa fosse stata la portata della norma, se cioè tutte le competenze, accessorie e principali, corrisposte agli impiegati e salariati, dovessero decurtarsi, non, avrebbe avuto ragione d'essere la distinzione testè indicata.

Considerato che alla stessa conclusione si giunge esaminando il R. D. L. 14 nov. 1929 n. 2044 (1), che — nello stabilire la interpretazione autentica delle disposizioni vigenti in materia — disponeva essere le riduzioni applicabili anche al supplemento di servizio attivo. Anche qui è da ritenersi l'argomento letterale che la legge, parlando del supplemento di servizio attivo, e non anche dello stipendio, ha inteso escludere dal campo della sua applicazione lo stipendio. Il quale argomento appare tanto più fondato e sicuro, ove si consideri che il D. L. 2044 del 1929 fu emanato dopo che la questione della maggiore o minore estensione delle riduzioni era già stata dibattuta; e dopo che questo Consiglio in sede consultiva aveva ritenuta la intangibilità non solo del supplemento di servizio attivo, ma anche (e nei termini espliciti) dello stipendio. Anche quest'ultima interpretazione autentica avrebbe dovuto, contare, se esatta fosse la tesi del Prefetto di Brindisi, sostenuta dall'Avvocatura di Stato »

NELLA VITA PROFESSIONALE.

TECNICISMO OSPEDALIERO.

Note intorno ad un Congresso.

Il secondo Congresso Internazionale Ospedaliero stabilito ad Atlantic City nella primavera del 1929 e svoltosi a Vienna tra l'8 ed il 14 giugno u. s., ha chiamato a raccolta i rappresentanti di trentotto nazionalità ed i delegati ufficiali di diciannove Stati.

La rappresentanza italiana è intervenuta numerosa ed ha fatto degnamente figurare i maggiori Istituti Ospedalieri del Regno mettendo in rilievo tutto il cammino percorso negli ultimi anni e le conquiste raggiunte in materia assistenziale.

L'importanza del Congresso si è manifestata fin dalla seduta inaugurale, alla quale non hanno mancato di prendere parte e di interloquire i maggiori esponenti della politica e dell'alta cultura viennese, dal Presidente della Repubblica ai singoli dirigenti dei vari Istituti di assistenza che nell'ex Impero mantengono ancora i segni di un tradizionale splendore, se pure attenuato dalle gravi condizioni di disagio economico nelle quali si dibatte il Paese Danubiano.

E fu dato di constatare come appunto attraverso alla ostentata efficienza dei grandi nosocomi, convalescenziari e ricoveri, l'Austria cerchi di crearsi rispetto ai propri sei milioni di abitanti un alibi sociale che valga a mascherare le fatali deviazioni della propria politica demagogica.

Le discussioni disciplinatissime e magistralmente dirette dal presidente del Comitato Ospedaliero Internazionale dott. René Sand, hanno avuto uno svolgimento sereno ed improntato a reciproca deferente cortesia, sì da aver consentito, lungi dalle consuete logomachie asfissianti, uno scambio utile di vedute ed una intesa di principio sulle maggiori questioni di universale interesse prese in esame.

Primo atto fu quello della costituzione ufficiale della Associazione Internazionale degli Ospedali allo scopo di promuovere e di sviluppare uno scambio di informazioni tra le varie associazioni ospedaliere nazionali e tra tutte le Istituzioni e le persone che a tale problema si interessano, e ciò attraverso ad un ufficio centrale internazionale opportunamente organizzato.

L'Italia vi sarà rappresentata autorevolmente dal prof. Ronzani di Milano che funzionerà da vice-segretario centrale. È interessante di rilevare come il Consiglio sarà composto di dodici esperti in materia ospedaliera oltre che da un Delegato nominato dal Governo di ogni Paese che faccia parte della Società delle Nazioni.

Alla realizzazione di questo Istituto, oltre che il dott. Sand, segretario generale della Croce Rossa Internazionale, che ne fu proclamato presidente, ha contribuito tenacemente e fin dal 1926, il dott. E. H. L. Corwin, segretario dell'Accademia Medica di New York.

Tra le relazioni di maggiore interesse successivamente poste in discussione nelle sedute del Congresso, ricorderò quella del dott. Wortman di Hilversum riflettente l'opportunità di istituire nei grandi Ospedali, sul tipo già introdotto in quelli psichiatrici, dei Centri di « terapia del lavoro » oltre che di sezioni per l'istruzione elementare e sportiva.

Tale progetto però, se è attuabile e fa parte integrale, anzi, della cura per i malati di mente, è per ovvie ragioni, di difficile realizzazione nei nosocomi comuni.

Se mai l'argomento potrà formare oggetto di studio quando si tratti di convalescenziari o di Ospedali di specialità, tubercolosari, ecc. dove la degenza dell'infermo va oltre il periodo acuto della malattia.

Grande consenso raccolse il prof. v. Noorden (Vienna) con la sua rassegna analitica e critica circa lo stato attuale ed i necessari sviluppi della dietetica negli Ospedali, che non è più « standardizzabile » ma, per le crescenti conquiste nella terapia alimentare, deve quanto più possibile individualizzarsi, essendone affidata la direzione tecnica al sanitario stesso e ad un personale specializzato da lui dipendente. Le cucine dietetiche dovranno perciò staccarsi nettamente da quelle comuni degli Ospedali e servire a larghi gruppi di malati.

Ampio dibattito suscitò il capitolo dei vari sistemi di assicurazione sociale e delle Casse di Malattie nei loro rapporti diretti ed indiretti con il ricovero e la cura negli Ospedali (Dott. Layton, Londra).

Dalla discussione è emersa la diversità sostanziale dei sistemi nei vari Paesi e la necessità di perequarli quanto più possibile ad una unica direttiva almeno nei riguardi nosocomiali.

Fu unanimemente riconosciuto a questo proposito che la cura ambulatoria negli Ospedali dovrebbe essere potenziata alla massima efficienza per diventare sempre più accetta ed accessibile ai più vasti strati delle popolazioni.

L'assistenza ambulatoria ed il controllo esercitato attraverso ad essa, potrebbe formare le basi di un sistema assicurativo sociale.

A tale importante problema si è abbinato quello dei servizi accessori negli Ospedali (dott. Corwin), consistenti appunto nel maggiore sviluppo da dare ai Consultorii ed ai «Policlinici» annessi agli Ospedali e resi tali da soddisfare ai bisogni delle masse quando non si presenti il bisogno del vero e proprio ricovero ospedaliero ma quello, pure impellente, del consiglio e della direttiva medica.

La Segreteria dell'Unione Universale delle Infermiere, Cristina Reimann (Ginevra), portò al Congresso la relazione dei suoi studi circa un tipo unico di assistenza immediata agli infermi.

Inoltre i dottori Gouachon (Lione), Distel (Amburgo) e Harper (Wolwerhampton) trattarono del

costo dei malati, di quello delle costruzioni ospedaliere e della legislazione che regola gli Ospedali nei singoli Paesi.

Ancora fu trattato dal dott. Alter (Düsseldorf) lo sviluppo necessario dei riparti di nevrologia e psichiatria negli Ospedali comuni, e da ultimo il dott. Wirth di Francoforte prese in esame la terminologia da unificarsi in tutti i nosocomi.

Per la rappresentanza Italiana il prof. Roatta di Firenze parlò ascoltatissimo sul problema portato in discussione dal dott. Alter (reparti di nevrologia e psichiatria) mentre il prof. Trevisanello di Genova lumeggiò efficacemente la figura giuridica ed economica del medico ospedaliero.

Lo scrivente affacciò la spinosa questione della degenza dei cronici negli Ospedali comuni, questione che sarà messa all'ordine del giorno del prossimo Congresso, e trattò dei requisiti che sono richiesti nei diversi Stati per l'idoneità dei medici ospedalieri. A questo proposito fece risaltare la severa selezione alla quale è soggetto il nostro Corpo Sanitario. In altra parte del Congresso fu ancora data occasione a chi scrive di fare una relazione sulla vasta rete di previdenze e provvidenze sociali istituite nel nostro Paese per l'opera illuminata del Governo Nazionale.

Sfiorati così i vari temi che nella loro veste completa sono riportati nella Rivista Ufficiale Ospedaliera, il « Nosokomeion », ho voluto soltanto che dalla loro elencazione sintetica risultasse l'utilità dei Congressi biennali ricchi di materiale da sottoporre al giudizio dei competenti di ogni parte del mondo, ed utilissimi per quello scambio di vedute che nasce e si intensifica da un contatto diretto tra gli Ospedalieri.

L'Italia, fino a pochi anni fa estranea o quasi ai dibattiti internazionali anche nel campo ospedaliero, è presente oggi dovunque si marchi il passo al progresso civile ed umanitario, essendo giustamente considerata per la perfezione dei propri Istituti e per l'opera del personale sanitario e di assistenza che ne cura instancabilmente l'efficienza.

Ed è con un senso di legittimo orgoglio e di intima soddisfazione che noi abbiamo raccolto anche nel Congresso Ospedaliero di Vienna le manifestazioni di consenso degli amici dell'estero e quelle di rispettoso interessamento dei non amici; orgoglio e soddisfazione riferibili non alle nostre persone che sono ben piccola cosa, ma al Paese che abbiamo avuto l'onore di rappresentare.

Dott. GUIDO LIEBMAN.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

Consiglio Superiore di Sanità.

Come abbiamo annunziato, presso il Ministero dell'Interno si è riunito, in seduta generale, il Consiglio superiore di sanità. I lavori sono stati aperti da un elevato discorso del presidente on. prof. sen. Marchiafava, che con commossa parola ha commemorato i consiglieri on. prof. Rocco Santoliquido, prof. Achille Sclavo e prof. Vittorio Ascoli.

Successivamente il direttore generale della sanità pubblica, dott. Basile, dopo essersi associato alle nobili parole del presidente, ha svolto un'ampia e documentata relazione sullo stato sanitario in Italia nel 1930 e sulla complessa opera attuata dall'amministrazione sanitaria statale per la tutela della salute pubblica.

Di particolare interesse è stato l'annuncio dell'imminente costruzione del grande istituto di sanità pubblica in Roma, che sorgerà per munifica donazione della fondazione Rockefeller, su una vasta area demaniale della zona universitaria adiacente al Policlinico. Tale istituto è destinato ad accogliere i laboratorii scientifici centrali della direzione generale della sanità pubblica e a dare vita ad una scuola di applicazione a carattere sostanzialmente pratico per il personale tecnico destinato ai servizi di igiene e sanità pubblica alla dipendenza dello Stato nelle provincie e nei comuni.

Il Consiglio si è poi occupato dei numerosi affari iscritti all'ordine del giorno, fra i quali particolarmente importante la trattazione dei piani tecnici e costruttivi dei dispensari antitubercolari, illustrati dall'on. prof. Morelli.

In seguito è stata ampiamente svolta e discussa la materia concernente la disciplina delle acque minerali, per la migliore utilizzazione del ricco patrimonio idrologico italiano.

Il Consiglio si è anche occupato dello studio di norme regolatrici per gli istituti ed apparecchi di terapia fisica.

Infine è stata trattata la questione dell'insegnamento universitario dell'igiene, nei suoi rapporti con la carriera sanitaria, segnalandone la grande importanza, specialmente avuto riguardo alle odierne necessità della vita sociale e al benessere della popolazione.

Sono stati presi in esame anche altri problemi. Sono stati approvati vari ordini del giorno.

Alla Società delle Nazioni.

Il Comitato d'Igiene della Società delle Nazioni si è adunato dal 4 all'8 maggio in Ginevra, per tenervi la 17ª Sessione, sotto la presidenza del dott. T. Madsen.

Venne commemorato il prof. V. Ascoli. Venne deciso d'invitare a far parte del Comitato il prof. G. Bastianelli.

Vennero poi trattati numerosi argomenti: assistenza sanitaria in Liberia; collaborazione con la Cina e con la Bolivia per la riorganizzazione sanitaria; conferenza d'igiene rurale; informazioni epidemiologiche (Uffici di Ginevra e di Singapore); conferenza sierologica di Montevideo; attività delle Commissioni sulla sifilide, sulla lebbra, sulla malaria e della sottocommissione dell'oppio; ecc.

Il Consiglio ha poi preso visione dei lavori del Comitato d'Igiene e ne ha approvato le conclusioni.

Il Consiglio ha pure esaminato il rapporto sui lavori della 14ª Sessione della Commissione consultiva dell'oppio.

La Conferenza per la limitazione della fabbricazione degli stupefacenti si è riunita a Ginevra il 27 maggio; vi erano rappresentati 53 Stati.

Ne daremo ulteriori notizie.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

Nuove disposizioni del Consiglio dei Ministri.

Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'Educazione Nazionale, ha, tra l'altro, approvato uno schema di provvedimento contenente disposizioni per l'istruzione superiore. Con tale provvedimento — ferma restando nelle sue linee fondamentali la riforma attuata col R. Decreto 30 settembre 1923, n. 2102 — vengono emanate norme intese a raggiungere un ulteriore e più organico coordinamento, dopo quello predisposto con il R. D. L. 3 luglio 1930, n. 1176, della vasta e complessa materia che si riferisce all'ordinamento dell'istruzione superiore, ed anche norme integrative di quelle esistenti, al fine di rendere possibile e agevole la compilazione del testo unico delle leggi sull'istruzione superiore già in corso di preparazione. Di queste norme alcune riguardano le Autorità accademiche, altre l'ordinamento didattico e l'ordinamento amministrativo delle Università e degli Istituti superiori.

Sono meritevoli di particolare rilievo alcune disposizioni.

Si prescrive che agli esami di Stato di abilitazione all'esercizio professionale siano ammessi soltanto coloro che, nel corso di studi, abbiano superato gli esami di profitto sulle materie che saranno determinate con successive disposizioni.

Le norme vigenti per il personale assistente vengono modificate, concedendo al personale medesimo notevoli agevolazioni e cioè la trasferibilità da istituto ad istituto, la promovibilità ad aiuto, la possibilità di passaggio, oltre che nei ruoli degli insegnanti medi, anche in altre carriere delle pubbliche amministrazioni, secondo modalità che saranno stabilite con successivo provvedimento. Affinchè si abbia una garanzia di seria attitudine del personale in parola alla ricerca scientifica, si prescrive che non possano essere mantenuti in servizio per oltre un decennio gli aiuti e gli assistenti che non abbiano conseguito l'abilitazione alla libera docenza.

In sostituzione delle qualifiche di professore stabile e non stabile, sono ripristinate rispettivamente quelle di professore ordinario e straordinario.

Viene concesso ai professori universitari che vanno a riposo, il titolo di ordinario e di emerito, senza però alcuna speciale attribuzione.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BUSTO ARSIZIO (*Varese*). — Per titoli ed esami. Medico direttore del Dispensario Celtico Comunale. Stipendio L. 6000 annue, senza aumenti periodici ed altre indennità. Scadenza 31 agosto 1931. Tassa L. 50,10. Per chiarimenti rivolgersi Segreteria Municipale.

CAMPAGNANO DI ROMA (*Roma*). — Scad. 15 ag.; pel capoluogo; rivolgersi segreteria comun.

CHIAVASSO (*Torino*). — Scad. 30 sett.; 1ª condotta; rivolgersi segreteria comun.

DEZZO DI SCALVE (*Bergamo*). — Scad. 25 lug.; L. 12.000 e addizionale, oltre c.-v. e L. 500 uff. san., L. 200 ambulat., L. 1000 trasp.; 5 quinquenni di L. 1200.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Concorso a un posto di direttore sanitario con residenza in Careggi; lire 15.400 aumentabili, oltre L. 2500 carica, e c.-v.; età lim. 45 a.; decennio di laurea; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 1° lug. Al 20 ag., ore 18.

GERIA LARIO (*Como*). — Scad. 20 sett.; consor.; L. 8536, oltre L. 792 uff. san., L. 3080 trasp., lire 440 arm. farm.; 4 quinquenni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

GREVE (*Firenze*). — Scad. 15 sett.; capol.; lire 8500 decurtabili del 12 %; 8 trienni dec.; c.-v. ai coniugati; p. cavalc. L. 3000; p. uff. san. L. 800; età lim. 35 a.; tassa L. 25.

MAFALDA (*Campobasso*). — Scad. 20 ag.; L. 6175 e 3 quinquenni dec.; età lim. 39 a.; tassa L. 50,10.

MALAGNINO (*Cremona*). — Scad. 10 ag.; consor.; L. 10.120; addizionali L. 2,20 e L. 2,60; L. 3500 cav.; L. 1320 uff. san.; aumenti ecc.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

MEL (*Belluno*). — Scad. 10 ag.; 2° rep.; L. 8000 e 5 quadrienni dec.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10.

MELETI (*Milano*). — Scad. 25 lug.; L. 11,500 e 5 quadrienni dec. oltre L. 3500 cav., L. 700 uff. san.; decurtazioni; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

MONTESANTANGELO (*Foggia*). — Scad. 23 lug.; consor.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

OSIMO (*Ancona*). — Per titoli. Stipendio lordo L. 8000. Indennità caro viveri nella misura e per il tempo che sarà percepita dal personale Sanitario del Comune. Domanda, documenti di rito bollati e regolarizzati a sensi di legge. Scadenza 10 agosto. Chiedere bando di concorso alla Segreteria del Comune.

PADOVA. *Spedale Civile.* — Primario di un reparto di medicina; L. 4000 decurtate del 12 %; scad. ore 18 del 31 lug.; età lim. 45 a.; tassa lire 50,15 alla Tesoreria; doc. a 3 mesi dal 1° lug. Chied. annunzio alla Segreteria.

RACALE (*Lecce*). — Scad. 31 lug.; L. 8500 oltre L. 4000 cav., 5 quadrienni dec., riduz. 12 %; età lim. 25-45 a.

ROCCASTRADA (*Grosseto*). — 3ª cond.; scad. 31 lug.; L. 9000 ridotte 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

SAMOLACO (*Sondrio*). — Consorzio: Samolaco-Novate Mezzola e Verceia. Obbligo residenza in Novate Mezzola Centro. Stipendio annuo L. 8500,

aumentabile di un decimo ogni quinquennio per quattro volte. Indennità L. 500 come Ufficiale Sanitario; L. 1400 per indennità di trasferta; caro viveri come per gli impiegati statali; indennità di trasporto L. 1800 se fatto con motocicletta, oppure L. 3500 se fatto con automobile. Tutte le suddette retribuzioni sono al lordo delle ritenute di R. M. e Complementare. Lo stipendio sarà inoltre diminuito dei contributi Cassa Pensioni e Collegio Orfani di Perugia e su tutte le retribuzioni sumenzionate sarà applicato il disposto del R. D. 20 novembre 1930, N. 1491. La domanda e i documenti dovranno pervenire all'Ufficio Comunale di Samolaco non più tardi delle ore dodici del 6 agosto. Per ottenere il bando di concorso e altri chiarimenti sui documenti ecc., rivolgersi alla Segreteria del suddetto Ufficio Comunale.

S. PIETRO VERNOTICO (*Brindisi*). — Scad. 3 sett.; L. 8500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1200 cav., addizionali di L. 3 e L. 5; riduz. 12 %; tassa lire 50,10.

SENIGALLIA. *Ospedale Civile.* — Chirurgo direttore; a tutto l'8 ag.; obbligo consulenza in tutto il territorio del Comune; L. 8800 e 12 bienni ventesimo, oltre c.-v. e L. 1760 per incarico direzione, L. 1760 per eventuale servizio di poveri fuori ospedale; diminuz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 6 lug.

SORA (*Frosinone*). — Scad. 31 ag.; 3° rep.; lire 8500 e addizionali di L. 4 e L. 5; 5 quadrienni dec.; L. 800 c.-v.; età lim. 40 a.

TOMBA DI PESARO (*Pesaro*). — Scad. 60 gg. dal 10 giu.; L. 8000 e 5 quadrienni dec., addizionali L. 2 e L. 3, cavalc. L. 2500, c.-v. per i coniugati; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

VIGEVANO (*Pavia*). *Ospedale Civile ed Istituti annessi.* — 1° e 2° assistente di medicina; scad. ore 12 del 15 ag.; età lim. 30 a.; doc. a 3 mesi dall'1 lug.; stipendi L. 4400 e L. 3960, oltre serv. att. L. 1100 e L. 990; serv. entro 15 gg.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Premio Marchiafava.

Con la rendita di L. 82.000, raccolta da colleghi, ammiratori e discepoli per onorare il prof. Ettore Marchiafava, è stato istituito presso la R. Università di Roma, un premio biennale intitolato « Fondazione Ettore Marchiafava ».

È bandito ora il concorso al premio stesso, che sarà conferito al miglior lavoro di Anatomia patologica o di Patologia sperimentale pubblicato a stampa da medici italiani nei cinque anni precedenti il termine assegnato alla presentazione delle domande di ammissione al concorso. Sono ammessi al concorso anche i lavori fatti in collaborazione e potrà essere premiato soltanto quel lavoro, che comprenda una ricerca originale o un gruppo di ricerche metodiche sopra un determinato argomento.

Chiedere annunzio al Rettorato.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Grandi Ufficiali: D'Ormea Guido, l. d. d'Igiene, a Roma.

Commendatori: Allaria G. Battista, titolare di Clinica pediatrica, a Torino; Cappelli Jader, tit. di Clinica dermosifilopatica, a Firenze; Conti Andrea, l. d. di Patologia spec. medica, a Sassari; Corsini Andrea, l. d. di Storia della Medicina, a Firenze; Della Cioppa Angelo, l. d. di oto-rinolaringologia a Napoli; Morone Giovanni, tit. di Patologia chirurgica, a Siena; Raimoldi Gustavo, l. d. di Patologia spec. medica, a Roma; Santangelo Belisario, l. d. di Clinica pediatrica, a Roma; Tiberti Nazzareno, tit. di Patologia generale, a Siena.

Ufficiali: Aducco Vittorio, tit. di Fisiologia umana, a Pisa; Bortolotti Cesare, tit. di Patologia speciale medica, a Roma; D'Amico Diego, l. d. di Clinica oculistica, a Roma; Gonella Giuseppe, tit. di Clinica oculistica, a Pisa; Moriani Giuseppe, tit. di Medicina legale, a Bologna; Perez Giovanni, tit. di Patologia spec. chirurgica, a Roma; Serra Alberto, tit. di Clinica dermosifilopatica, a Cagliari; Vercesi Carlo, tit. di Clinica oculistica, a Sassari.

Cavalieri: Datta Ludovico, l. d. di Patologia spec. medica, a Torino; Fantuzzi Giuseppe, l. d. di Patologia spec. chirurgica, a Pisa; Fiore Gennaro, tit. di Clinica pediatrica, a Pisa; Ganfini Carlo, tit. di Anatomia umana normale, a Genova; Gentili Attilio, tit. di Clinica ostetrica ginecologica, a Pisa; Leone Pietro, l. d. di Patologia spec. chirurgica, a Palermo; Lombardo Cosimo, tit. di Clinica dermosifilopatica, a Pisa; Sbordone Antonio, l. d. di Clinica oculistica, a Napoli; Stefanelli Augusto, l. d. di Istologia, a Bari; Zibordi Ferruccio, tit. di Clinica pediatrica, a Milano.

Il prof. Cesare Frugoni è nominato componente il Consiglio Superiore di Sanità per il biennio in corso 1930-1932.

Il prof. Mario Truffi, direttore della R. Clinica dermosifilopatica di Padova, è nominato Commissario ministeriale per il Sindacato dei Medici.

La Commissione giudicatrice del concorso per il libro medico italiano, emanazione dell'Ufficio Stampa Medica Italiana, ha assegnato il diploma di medaglia d'oro per benemerenze di scienza e di italianità al prof. D. di Tullio, per le sue pubblicazioni in Antropologia e Psicologia criminale, largamente apprezzate anche all'Estero.

Sono nominati soci corrispondenti dell'Accademia delle Scienze di Parigi: il dott. Simon Flexner, direttore dell'Istituto Rockefeller di New York, e il prof. Charles Nicolle, direttore dell'Istituto Pasteur di Tunisi.

Alla sig.ra Maria Curie, che unitamente al marito ebbe a scoprire il radium, è stato assegnato il premio Camerun pel 1931 dalla Facoltà medica dell'Università di Edimburgo, in riconoscimento dei progressi della medicina derivati da tale scoperta.

La Società Chirurgica di Boston ha conferito la medaglia Bigelow al prof. Georg Grey Turner di Newcastle (Inghilterra). La cerimonia della consegna ebbe luogo il 10 giugno; il premiato ri-

ferì intorno ad « Alcune esperienze sulla chirurgia dell'esofago ». Le assegnazioni precedenti della stessa onorificenza scientifica erano state fatte a W. J. Mayo, W. W. Keen, R. Matas e C. Jackson.

Il prof. Falkenheim, emerito di Clinica pediatrica all'Università di Königsberg, ha ricevuto la « Medaglia prussiana » in riconoscimento dell'opera svolta contro la mortalità infantile.

L'Accademia di medicina di Parigi ha assegnato il premio Tarnier, per lavori di ginecologia ed ostetricia, di 4000 franchi, al dott. André Bidoire, quale autore di un « Contributo allo studio delle trombo-flebiti utero-pelviche d'origine puerperale ».

Il dott. Davide Marine, professore ausiliario di patologia generale al Collegio medico dell'Università Columbia in New York, ha ricevuto una medaglia d'oro dall'Accademia Medica di questa città, per i suoi studi sulla tiroide.

La cattedra di medicina interna e la direzione della Policlinica di Bonn, rimaste vacanti in seguito alla chiamata del prof. R. Siebeck ad Heidelberg, sono state offerte al prof. Bürger, direttore della Sezione di clinica interna all'Ospedale municipale di Osnabrück.

Il prof. George J. Heurer, direttore dell'Istituto chirurgico dell'Università di Cincinnati, è chiamato a dirigere l'Istituto chirurgico dell'Università Cornell a New York e i servizi chirurgici del « New York Hospital ». Al suo posto è stato chiamato il dott. Mont R. Reid, che era suo associato (aiuto).

La cattedra di ostetricia e ginecologia dell'Università di Königsberg, resa vacante per la morte del prof. Zangemeister, è stata offerta al prof. August Mayer di Tubinga.

NOTIZIE DIVERSE.

Memento di congressi medici internazionali.

Ricordiamo che prossimamente avranno luogo i congressi medici internazionali seguenti: 6° di medicina infortunistica e professionale, Ginevra, 3-8 agosto; 8° dentario, Parigi, 3-8 agosto; 3° di eredologia, Ithaca (New York), 24-31 agosto; 1° neurologico, Berna, 31 agosto-4 settembre; 1° stomatologico, Budapest, 2-7 settembre; 12° psicoanalitico, Interlaken, 7-10 settembre; 2° per gli studi sulla popolazione, Roma, 7-13 settembre; 7ª Conferenza di psicotecnica, Mosca, 8-15 settembre; 2° di oto-rino-laringologia, Madrid, 27-30 settembre; id. (latino), Catania, 28-29 settembre; 2° di patologia comparata, Parigi, 14-18 ottobre.

3° Congresso medico romeno.

Si è tenuto a Costanza sul Mar Nero, dal 13 al 15 giugno, con l'intervento di oltre 500 medici. All'inaugurazione erano presenti il ministro dell'igiene prof. Cantacuzène e altre autorità politiche, civili e militari. I temi all'ordine del giorno avevano carattere eminentemente sociale: vaccinazione preventiva contro la tubercolosi (Cantacuzène), l'endemo-epidemia malarica (Zotta), la legislazione sanitaria (Gané); venne anche trattato il tema: la tubercolosi dell'anca (Balacesco).

Congresso sulle malattie digerenti e del ricambio.

La « Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechsel-Krankheiten » avrebbe dovuto adunarsi nel prossimo settembre, sotto la presidenza del prof. Falta; ma in considerazione delle gravi difficoltà economiche, attraversate dalla classe medica tedesca, è stato deciso di rimandare il convegno di un anno.

Per informazioni eventuali rivolgersi al segretario generale, Prof. Dr. R. von den Velden, Bamberger Str. 49, Berlin W 30, Germania.

Associazione francese per il progresso delle scienze.

Si adunerà a Nancy dal 20 al 26 luglio, sotto la presidenza del prof. Etienne. Temi medici: « Intervento negli ascessi polmonari »; « Equilibrio acido-base in patologia »; « Meteoro-patologia: influenza delle condizioni meteoriche su certe manifestazioni patologiche »; « La sifilide nella patologia endocrina ». Segreteria: rue Serpente 28, Paris (VIe).

4° Convegno dei tisiologi lombardi.

Questo Convegno annuale si è tenuto a Bergamo, al Palazzo del Governo. V'intervenne più di un centinaio di studiosi dalle varie Provincie di Lombardia.

Il prof. Ponticaccia, direttore dell'Ospedale Civico di Varese, svolse la relazione: « L'emottisi nella tubercolosi polmonare »; alla discussione parteciparono molti presenti. Il dott. Fumagalli, direttore del Consorzio Antitubercolare di Bergamo, espose una relazione su « La diffusione della tubercolosi nella campagna. Provvedimenti a carico dei Consorzi ».

Esauriti i lavori, i congressisti passarono a visitare il nuovo Ospedale di Bergamo « Principessa di Piemonte », moderno e meraviglioso Istituto sia nell'attrezzatura che nell'organizzazione sanitaria, e il Sanatorio del Consorzio di Bergamo a Groppino, organizzato e diretto dal dott. Sale.

Un nobile gesto del prof. Calmette.

La Classe di Scienze fisiche della R. Accademia delle Scienze di Bologna, nella sua seduta del 17 maggio u. s., su proposta della Commissione di Pediatria, ha attribuito il premio decennale « Rovighi » al prof. Alberto Calmette, vice-direttore dell'Istituto Pasteur di Parigi, per il suo metodo di vaccinazione antitubercolare, « scoperta — come dichiara la R. Accademia delle Scienze di Bologna — che è indiscutibilmente della massima importanza a beneficio dell'umanità e che ha già superato con successo il suo periodo di prova ».

L'illustre prof. Calmette, nel ringraziare il presidente della R. Accademia di Bologna per l'onorevole attestazione, ha avuto un pensiero simpatico e generoso. Egli ha chiesto che il premio a lui conferito sia devoluto a favorire le ricerche scientifiche di uno studioso italiano.

Ecco in quale forma veramente eletta il prof. Calmette ha espresso questo suo proponimento all'Accademia delle Scienze di Bologna: « Questa « grande attestazione di stima che viene dai miei « colleghi italiani mi tocca profondamente. Ma io « desidererei che l'ammontare del premio non mi « venisse corrisposto, ma che esso fosse versato a « mio nome alla Fondazione « Forlanini », a Roma, « con preghiera di assegnarlo come borsa di studio « a uno studioso italiano che volesse compiere dei « lavori sulla tubercolosi. Esprimo il voto affinchè, « se la « Fondazione Forlanini » lo consente, la « detta borsa di studio venga assegnata di prefe« renza al prof. C. Ninni di Napoli, affinchè egli « possa prolungare il suo soggiorno all'Istituto Pa« steur di Parigi, ove egli sta compiendo interes« santi ricerche sugli elementi filtrabili del virus « tubercolare ».

A nessuno sfuggirà l'alto significato, sopratutto morale, di questo nobilissimo gesto di uno scienziato eminente di fama universale, quale è il prof. Calmette, le cui simpatie verso l'Italia e gli studiosi italiani — simpatie che sono tradizionali all'Istituto Pasteur di Parigi — tutti gli studiosi conoscono.

Atti come questi hanno una grande portata spirituale e sono anche di lieto auspicio: essi dimostrano che la solidarietà latina non è una espressione vana!

In memoria del prof. Di Cristina.

Il 5 luglio venne inaugurato nell'Ospedale dei Bambini di Palermo un mezzobusto a Giovanni Di Cristina, eretto per sottoscrizione pubblica alla quale concorse tutta la Sicilia.

Il nome di Giovanni Di Cristina è circondato giustamente di una grande venerazione, non soltanto per le orme luminose lasciate nella scienza e specialmente nel campo pediatrico, con i Suoi studi geniali e fortunati sulla cura della leishmaniosi, sull'eziologia della scarlattina, ecc., ma anche perchè egli diede un grande impulso all'insegnamento della pediatria, e alle opere assistenziali dell'infanzia sviluppando e ordinando i vari servizi dell'Ospedale dei Bambini, fondando la « Casa del Sole » per i bambini affetti da tubercolosi non aperta e l'« Aiuto Materno » per i lattanti ai quali viene meno l'allattamento materno o che hanno bisogno di speciali cure durante il primo anno di vita. Quest'opera complessa, intelligente, vigile e benefica ha fatto risaltare la figura scientifica e spirituale del Di Cristina al cui nome è stato intitolato l'Ospedale dei Bambini. E quivi si sono svolte la commemorazione fatta dal prof. La Franca qualche anno fa e adesso quella dell'inaugurazione del monumento.

Alla recente cerimonia erano presenti S. Em. il Cardinale Lavitrano, il Prefetto e le più alte Autorità civili e militari e della magistratura, tutta la Facoltà di medicina e un larghissimo stuolo di medici e studenti. S. E. Dionisi era venuto in rappresentanza dell'Accademia d'Italia; il Rettore rappresentava il Ministro dell'Educazione Nazionale; il prof. Jemma rappresentava i Pediatri italiani.

Hanno tratteggiato la figura del Di Cristina i proff. Manfredi, Jemma, Cannata, Dionisi. La cerimonia si chiuse con lo scoprimento del mezzobusto, opera dello scultore Ugo. A. C.

Corsi complementari.

Sotto la direzione del prof. F. Gallart Monés, si terrà a Barcellona un corso di patologia digestiva; avrà inizio il 23 ottobre e terminerà prima di Natale. Contemporaneamente il dott. A. Pinós terrà un corso elementare di radiodiagnosi dell'apparato digerente. Tassa d'iscrizione: rispettivamente pesetas 100 e 50. Rivolgersi alla: Administración del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, Depositaria, Barcelona, Spagna.

Corso di cultura medica a Varese.

Il 3° Corso di Cultura Medica per Medici Italiani e Stranieri si svolgerà quest'anno a Varese, sotto l'egida dell'Istituto Interuniversitario Italiano, presieduto dal sen. Giovanni Gentile, dal 16 settembre al 3 ottobre. Il programma del corso è stato fissato da una Commissione scientifica composta dai proff. Foà, Pepere, Rondoni, Zoia e Ponticaccia, e comprende argomenti di terapia generale e speciale (chemio-, proteino-, colloido-, vaccino- e sieroterapia, terapia antiallergica, delle anemie, del diabete, dell'ulcera gastrica, del morbo di Basedow, delle affezioni cardiorenali, delle vie biliari, dell'endocardite, della malaria, delle nevralgie, dell'insonnia, dell'epilessia, ecc.).

La direzione del Corso è stata affidata, dopo la morte del compianto prof. Cesare Cattaneo, al prof. Luigi Ponticaccia, direttore dell'Ospedale di Circolo di Varese, cui dovranno essere richiesti schiarimenti per le iscrizioni e le facilitazioni ferroviarie e turistiche.

La tassa d'iscrizione al Corso, per medici, è di L. 210, e per gli studenti del 6° anno delle Facoltà di Medicina, L. 110, compresa la tassa del diploma.

Sospensione dei lavori per un ospedale.

Il Governo brasiliano ha disposto che siano sospese le Opere dell'« Ospedale delle Cliniche » della Facoltà Medica di Rio de Janeiro, in vista delle difficoltà economiche del momento e della grandiosità del progetto. Una Commissione di tecnici del Dipartimento per l'Assistenza Ospedaliera rivedrà il progetto, per introdurvi delle economie ovvero per elaborare un progetto di ospedale di minori proporzioni. In tempi migliori, si potrà tornare all'antico progetto.

Associazione generale dei medici della Francia.

Ha tenuto l'assemblea generale il 17 maggio, sotto la presidenza del dott. Bellencontre. Furono svolte le relazioni statutarie: situazione finanziaria, situazione morale, pensioni vitalizie, ecc.

Seguì un banchetto, al quale intervennero il ministro della sanità pubblica Camille Blaisot ed altre eminenti personalità del mondo medico francese.

Assicurazioni sociali cattoliche in Francia.

Le casse per le assicurazioni sociali d'ispirazione cattolica — le quali raccolgono 500.000 assicurati — hanno tenuto il loro congresso a Parigi nei giorni 9 e 10 giugno. Il prof. Chassagnade-Belmin, dell'Istituto cattolico di Parigi, ha presentato un rapporto su « L'organizzazione dell'igiene sociale e le convenzioni con gli ospedali e i dispensari ».

Il dott. G. Drouet così commenta, nel « Journal de Médecine de Paris » (26 giugno 1931): « Si riceve l'impressione che i dirigenti delle Casse cattoliche, come quelli delle Casse della Confederazione Generale del Lavoro, vogliano far servire la legge sulle assicurazioni sociali per scopi religiosi od elettorali. Considerano questa legge, anzitutto, come un mezzo comodo e fruttuoso per reclutare dei partigiani, e accessoriamente come un mezzo per migliorare la sorte e la salute dei lavoratori. Per poco che tale stato di spirito si sviluppi, le Casse per le assicurazioni sociali non saranno più, tra breve, che una succursale dei vari partiti politici ».

Viaggio medico al paese dei sovieti.

Il periodico « Laboratorio » prepara un viaggio di medici, avente scopi scientifici e turistici, dal 4 al 24 agosto; itinerario: Barcellona, Parigi, Berlino, Varsavia, Mosca, Leningrado, Helsigfors (Finlandia), Ravel (Estonia), Riga (Lettonia), Königsberg, Berlino, Parigi, Barcellona. Scopo principale è la visita al paese dei sovieti. Le iscrizioni non possono superare il numero di 25. Prezzo 4460 pesetas a persona, computando la peseta al cambio di 44 rispetto alla sterlina (si terrà conto delle oscillazioni del cambio); ciò equivale a circa 10.000 lire it. Le spese per passaporto e per i visti sono a carico dei partecipanti. Rivolgersi alla segreteria di redazione (Pelayo 24, Barcelona, Spagna).

Quanto durano certe pensioni di guerra.

Gli Stati Uniti d'America corrispondono ancora delle pensioni di guerra a 9 vedove di militari che avevano combattuto nel 1812, ossia 119 anni or sono, durante la guerra per l'indipendenza degli Stati Uniti dall'Inghilterra. La meno anziana di tali vedove conta 92 anni.

L'anomalia si spiega in quanto queste vedove avevano sposato, giovanissime, dei militari divenuti molto vecchi.

Se la storia è maestra della vita, si può dedurne che tra cento anni si pagheranno ancora delle pensioni a vedove di combattenti della guerra mondiale.

“ Dottore „ e non “ dottoressa „.

Così ha deciso l'Associazione francese delle donne medico-chirurghe: la dott. Hartmann Coche, presidentessa, ha comunicato alla stampa e alle Associazioni generali dei sindacati medici e farmaceutici tale deliberazione.

Medico che dà il suo sangue.

Il dott. Speziale, degli Incurabili di Napoli, si è prestato per una trasfusione urgente di sangue ad un ricoverato in preda a grave anemia.

Vigilanza sul commercio dell'olio d'olivo.

In passato era autorizzata, purchè fosse dichiarata con appositi cartelli, la vendita dell'olio di olivo mescolato con altri olii.

Recenti disposizioni vietano tali mescolanze. L'olio d'olivo deve vendersi senza alcuna aggiunta d'olii estranei e questi si possono vendere solamente quando siansi dichiarati tali.

L'Ufficio d'Igiene di Roma esercita in proposito assidua vigilanza e nel trimestre scorso sono state eseguite parecchie centinaia di ispezioni negli spacci d'olio od in quegli esercizi nei quali promiscuamente ad altri articoli si smercia olio destinato ad uso alimentare.

Nei casi dubbi sono stati prelevati campioni per essere sottoposti ad analisi. I campioni analizzati sono stati 125 e di questi il Laboratorio Chimico ne ha riconosciuti regolamentari 92 e non regolamentari 33.

S'intende che gli esercizi non in regola sono stati denunziati all'A. G. e che la vigilanza prosegue con ogni diligenza ed attività.

Sulle condizioni sanitarie della provincia di Roma.

Da alcuni Podestà di Comuni laziali (Castelgandolfo, Riofreddo, ecc.) sono state fatte pubblicare delle smentite a notizie relative a presunte malattie contagiose, notizie le quali avevano destato allarmi e serie preoccupazioni sopratutto fra le famiglie dei villeggianti.

Altrettanto è ora accaduto per Rocca di Papa, ridente Stazione Climatica.

Gentilmente invitati, riportiamo la seguente dichiarazione del chiar.mo prof. Francesco Valagussa, resa al Segretario Federale dell'Urbe, affinchè i colleghi possano rassicurarne la clientela che loro si rivolge per consigli.

« *Podestà Rocca di Papa*:
« *Ho visto professore Valagussa il quale smenti-*
« *sce voci tendenziose circa salute cotesto centro,*
« *che considera meraviglioso luogo di villeggiatura.*
« *Saluti. Segretario Federale*: *Nino d'Aroma* ».

A 84 anni è morto in New York il dott. PAOLO DE VECCHI, il più anziano e il più rappresentativo dei medici italiani degli Stati Uniti.

Era nato a Quattordio, nel Monferrato. Formatosi alla scuola del Novaro, appartenne alla generazione di chirurgi che accolse e valorizzò il metodo asettico.

Emigrato a San Francisco, vi acquistò grande reputazione scientifica e professionale e raggiunse un'alta posizione economica e sociale. Svolse opera costante e fervida d'italianità, attraverso articoli e mediante l'assistenza ai connazionali.

Ancora di recente traduceva e si faceva editore della monografia di Hume « Come l'Italia ha vinto la grande guerra », di cui abbiamo dato notizia.

Il Governo italiano ebbe, a più riprese, ad affidargli incarichi onorifici.

La R. Accademia di Medicina di Torino lo aveva nominato socio corrispondente. P.

È morto a Catania, in età di 37 anni, il prof. dott. GIOVANNI DE GAETANI GIUNTA, aiuto di anatomia patologica in quella R. Università, professionista valente ed onesto, apprezzato ed amato.

I.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Proc. R. Soc. Med., feb. — Discussione sulla morbosità e mortalità materna. Casistica.

Paris Méd., 21 feb. — Numero sulle malattie respiratorie.

Clin. Med. It., gen. — L. LAZZARINI. Micosi dell'apparato respir. allo stadio iniziale. — E. SANFILIPPO. Mobilità passive degli apici nella diagn. precoce di tbc. polm.

Arch. It. di Dermat. ecc., feb. — G. BRACCHETTI. Terapia e profilassi della stomatite da bismuto. — L. BERETVAS. Dieta aclorurica nel lupus vulgaris.

Arch. It. di Chir., feb. — P. L. BADILE. Dilataz. congenita delle vie biliari extraepatiche. — E. RAGNOTTI. Funzione motoria dell'appendice.

Riv. It. di Gin., feb. — G. ADDESSI. La mucosa uterina nei tumori ovarici.

Rif. Med., 16 feb. — F. FIGARI. Terapia immunizzante delle neoplasie. — F. ALLODI. Actinomicosi tonsillare nella patologia del lavoro.

Rass. Internaz. di Cl. e Ter., 31 gen. — A. ANZILOTTI. Diagn. radiolog. di appendicite cronicizzata.

Chir. d. Org. di Movim., feb. — G. SCAGLIOSI. Tumori benigni delle guaine tendinee. — R. GALLI. Scoppio isolato di un disco intervertebrale. — P. VALDONI. Lipoma arborescente sistemico delle guaine tendinee.

Edinb. Med. Journ., mar. — Numero sulla tbc.

Lancet, 28 feb. — A. DICKSON WRIGHT. Trattam. dell'ulcera torpida della gamba. — W. J. O' DONOVAN. L'impetigine nelle scuole.

Practitioner, mar. — T. HORDER. La nefrite. — T. I. BENNETT. Trattam. della nefrite. — A. ABRAHMS. Polmonite lobare e suo trattam.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., feb. — T. L. MONTGOMERY. Necrosi (infarto) della placenta. — W. B. HENDRY. Emorragie nei primi mesi di gravidanza.

Med. Klinik, 27 feb. — G. ELKELES. Rapporti tra eziologia e clinica delle infezioni paratifoidi.

Deut. Med. Woch., 27 feb. — BOIT. Roentgenterapia dell'ipertrofia prostatica. — MICHAEL e RADEFF. Diagn. differ. degli eczemi professionali.

Münch. Med. Woch., 27 feb. — REIPRICH. Ormoni sessuali. — SIELMANN. Roentgenterapia dei tumori mal. secondo Contard.

Indice alfabetico per materie.

V. ASCOLI †, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII Roma, 27 Luglio 1931 - IX Num. 30

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE CIVILE DI TARQUINIA (VITERBO)

Contributo all'istologia del testicolo ectopico in particolare rapporto coi neoplasmi.

Dott. AUGUSTO BOTTO-MICCA, chirurgo primario.

Esistono nel testicolo ectopico dei tessuti, di cui è dubbia l'interpretazione, considerandoli alcuni come produzioni neoplastiche, giacchè si presentano come aggruppamenti a guisa di tubuli seminali di struttura diversa da quella dei canalicoli vicini, produzioni a cui si è dato il nome di adenoma vero o puro per distinguerlo dal comune adenoma del testicolo, che fa in realtà parte dei tumori misti. Questo adenoma vero sarebbe peculiare dei testicoli in ritenzione ed anche raro da osservarsi.

Nel 1905 Pick riferiva il caso di un testicolo ectopico, in cui macroscopicamente si osservavano delle piccole, numerose zone giallastre, che al microscopio apparivano costituite di uno stroma di vario spessore e di numerosi canalicoli fortemente contorti, fra loro molto avvicinati e rivestiti di un epitelio intensamente colorato: nello stroma fra i tubuli si notava la presenza di numerose cellule interstiziali. Queste figure speciali venivano dal Pick interpretate per noduli di adenoma formatosi a spese dell'epitelio seminale.

Nel 1906 Chevassu nella sua tesi e poi nel lavoro in collaborazione con Lecène riportava cinque osservazioni di testicoli ectopici, in cui si riscontrarono anche macroscopicamente dei noduli, che all'esame microscopico apparivano limitati dal tessuto ghiandolare circostante per una capsula fibrosa e formati da tubuli molto tortuosi, costituiti da una sottile parete e di un rivestimento epiteliale, formato da cellule alte, cilindriche, con nucleo ricco di cromatina, con protoplasma filamentoso, che sembrava talvolta continuarsi con quello della cellula opposta. Frapposti a tali cellule si trovavano altri elementi piccoli, rotondi od ovali a nucleo voluminoso, fortemente colorato. In alcuni di questi tubuli epiteliali era contenuto un corpo rotondo, che si colorava coll'eo-

sina e colla fucsina e che per il suo aspetto ricordava i « sympexions » degli acini prostatici. In uno dei casi si trovavano ammassi enormi di cellule interstiziali. Basandosi su queste cinque osservazioni Chevassu e Lecène concludono che nel testicolo ectopico possono ritrovarsi dei noduli di adenoma vero e puro, corrispondenti ad uno stato di proliferazione delle cellule, che normalmente tappezzano i canalicoli seminali.

Non tutti gli Autori però si mostrano concordi sul significato dei noduli, formati da tubuli di una struttura speciale: basterà ricordare il Lanz, il quale, avendoli osservati due volte su 11 testicoli ectopici, ammette trattarsi di un'inclusione di epitelio ghiandolare atipico, che potrebbe divenire il punto di origine di future neoplasie maligne.

È appunto su questo argomento che verte il presente lavoro.

***

Un particolare interesse offre la coincidenza dell'ectopia testicolare col tumore. Virchow era d'opinione che i testicoli ectopici, forse perchè meno esposti ai traumi, venissero meno colpiti da neoplasie, pur ammettendone la coincidenza. Dall'esame bibliografico si può constatare che questa esiste realmente ed anche in proporzione notevole. Uffreduzzi su 159 casi di tumori del testicolo trovò in 6 casi il testicolo ectopico, Chevassu su 128 casi ne notò 15, Jefferson su 116 ne trovò 15, Kober su 114 ne notò 18, Coley su 65 ne trovò 12, Bland-Sutton su 57 ne trovò 18, Howard su 57 ne trovò 9, Odiorne-Simmonds su 54 ne trovò 6, Monod su 48 ne notò 9, Wilms su 44 ne trovò 4, Kahlden su 41 ne notò 5, Cavazzani su 38 ne trovò 1, Schoedel su 36 ne trovò 5, Hinman su 32 ne trovò 7, Vecchi su 24 ne notò 1, Lipschutz su 13 ne trovò 2, Martel su 9 ne notò 2, Nassau su 8 ne trovò 1. Complessivamente quindi su 1043 casi di tumori del testicolo si registrarono 136 casi dell'organo ectopico vale a dire press'a poco 1 su 8. Ma per poter parlare con sicurezza della frequenza di tale coincidenza bisognerebbe conoscere profondamente la statistica inversa ossia sulla totalità dei casi di ectopia quanti furono i tumori testicolari riscontrati. Questa proporzione deve essere molto bassa, se si deve prestar fede a Kocher, il quale su mille ectopie trovò un solo tumore maligno.

Monod e Terrillon ritenevano che soltanto il testicolo in ectopia inguinale poteva esser colpito da neoplasia, mentre sarebbe stato preservato nelle altre ectopie; Howard e Bland-Sutton constatarono invece che era possibile trovare il tumore anche nell'ectopia addominale, pur mantenendosi più frequente nell'inguinale. Lavillaroy, Lecène, Soligoux ed altri dimostrarono che anche l'ectopia addominale era ugualmente soggetta a neoplasie, molte delle quali forse sfuggivano all'attenzione per la poca scrupolosità dell'esame diagnostico; cosicchè nel 1902 Kaeppelin poteva radunare soltanto sette casi di tumore in ectopia testicolare addominale sino allora pubblicati.

Sulla maggior o minor facilità per il testicolo ectopico di essere colpito da neoplasma gli Autori non si mostrano d'accordo, anzi si portano con facilità ai due eccessi o ritenendo tale organo il meno esposto all'invasione tumorale (Virchow) o ritenendo invece in esso una specie di predisposizione (Rubaschow, Robinsohn). Pur non giungendo a questo estremo si può affermare che il testicolo ritenuto può, come qualsiasi altro organo, diventar sede di neoplasia in qualsiasi forma di ectopia si trovi.

In quanto all'età, in cui di preferenza la neoplasia colpisce gl'individui, Monod e Terrillon affermano essere la gioventù, giacchè nella loro statistica il più vecchio degli ammalati toccava appena i trent'anni ed il più giovane sette; Deroque e Julien citano vari casi dell'infanzia, Mc Lellan pubblica un caso di carcinoma congenito del testicolo, mentre d'altra parte Binaud e Chavannaz ricordano casi di tumori in testicoli ectopici in individui di età avanzata ed Arron ne rende noto un caso in un uomo di 73 anni. Da ciò se ne può dedurre che non vi è una vera e propria età preferita per l'insorgenza delle neoplasie in testicoli ectopici.

I tipi di questi tumori sono identici a quelli, che insorgono nei testicoli a sede normale: così sono descritti casi di adenomi (Lecène e Chevassu), di teratomi (Cunnigham, John), di sarcomi (Picke, Silberg, Wallace, Wyeth, Rautemberg, Edington, Gerster, Galeazzi, Kaltenbach,...), di corion epitelioma (Tirumurti) e di cancro (o seminomi o epiteliomi seminiferi) (Anderhuber, Binaud e Chavannaz, Bland Sutton, Chevassu, Deroque e Julien, Howard, Kaeppelin, Cavina, Corner, Romiti...).

Tralascio di parlare della sintomatologia, del decorso, della diagnosi e della cura dei tumori in testicoli ectopici, perchè tale trattazione esula dall'argomento in questione; e vengo a descrivere i miei due casi.

***

Il primo dei due cadde sotto la mia osservazione sei anni or sono, quando assistente del compianto Sen. Prof. Antonio Carle, ordinario

di Clinica Chirurgica nella R. Univerità di Torino, ebbi occasione di compiere ricerche istologiche su vari testicoli ectopici asportati. Questo caso non presenterebbe di per se stesso alcun rilievo degno di nota, se non si ricollegasse dal lato istologico al presente secondo caso, caduto da poco sotto la mia osservazione. Tanto l'uno quanto l'altro nulla hanno di notevole dal lato clinico e quindi nella descrizione ometterò appositamente quanto riguarda questa parte.

CASO I. — R. A,, d'anni 24. Ernia inguinale sinistra e ritenzione testicolare. Cura radicale Bassini. Emicastrazione.

Il testicolo in corrispondenza dell'anello esterno è piccolissimo, del volume minore di una mandorla, flaccido. Il didimo ha forma allungata e schiacciata e da esso si stacca l'epididimo a guisa di un nastro.

FIG. 1. — Kor. oc. 2, obb. 4.

Esame istologico. — Nella ghiandola è scomparsa ogni distinzione in lobuli; i canalicoli seminali sono fra loro molto ravvicinati: hanno una parete composta di due o tre lamelle connettivali concentriche con rari nuclei appiattiti e di una zona ialina, più interna, di vario spessore. In alcuni è tanto sviluppata che il lume del canalicolo è obliterato o ridotto ad una sottile fessura. Tutti i canalicoli sono rivestiti da una sola qualità di elementi, le cellule del Sertoli, spesso assai bene individualizzate specialmente alla base: il protoplasma di tali cellule è fortemente vacuolizzato.

Quasi nel centro del testicolo e non circoscritto da una capsula propria si trova un nodulo a forma irregolarmente trapezoidale, che risulta composto di un certo numero di lobuli, formati ciascuno da un insieme di piccoli tubuli, pieni, a struttura speciale ed a decorso molto tortuoso. La loro parete è composta da due o tre lamelle connettivali, concentriche, con nuclei appiattiti; ma talora più all'interno si nota anche un certo numero di fibrille connettivali assai delicate. Questi tubuli non hanno una cavità, ma sono riempiti da nuclei disposti alla periferia, quasi sempre in un sol strato ed immersi in un protoplasma comune, d'aspetto granuloso, che riempie tutto quanto il lume del canalicolo. I nuclei sono piccoli, di forma rotonda od ovalare, ricchi di sostanza cromatica, raccolta in granuli numerosi e piccoli. I nuclei sono disposti alla periferia ed in un sol strato, ma vi sono anche tubuli, in cui tutta la cavità è riempita dai nuclei, mentre la sostanza protoplasmatica sembra essere scarsa (v. fig. 1).

Il connettivo intertubulare è poco sviluppato; di solito composto da un intreccio a maglie larghe di fibrille e da poche cellule; raramente le cellule si fanno più abbondanti, a nucleo più grosso, ovalare. Le cellule interstiziali sono piuttosto abbondanti: si trovano fra i canalicoli seminali comuni, alla periferia del nodulo, ma sono rare e scarse fra i tubuli, che lo compongono. Si dispongono generalmente in vicinanza della parete dei canalicoli, dalla quale rimangono sempre ben distinte, non contraggono coi vasi sanguigni che casuali rapporti di contiguità. Sono isolate o a gruppi ed a colonne ed alcune si mostrano evidentemente racchiuse in un reticolo a fibre delicate, di natura connettivale. Negli aggruppamenti di una certa entità penetrano elementi del connettivo e cioè cellule a protoplasma molto ridotto, a nucleo piccolo, sottile, molto colorato e delicate fibrille: si vengono così a delimitare delle loggie, degli alveoli incompleti ed irregolari, nei quali stanno le cellule interstiziali.

CONSIDERAZIONI.

Questi tubuli a struttura diversa da quella dei canalicoli, componenti la quasi totalità della ghiandola, e che appaiono riuniti sotto forma di un nodulo sono quelli, che Pick, Chevassu e Lecène considerano poco frequenti ed interpretano come produzioni neoplastiche a tipo adenomatoso, corrispondenti ad uno stato di proliferazione degli elementi epiteliali normali dei canalicoli. Ma prima che questi AA. dessero di tal fatto simile spiegazione, i detti tubuli erano considerati come elementi a periodo di sviluppo più arretrato. La ragione di questa primitiva interpretazione, attualmente ripresa e sostenuta da qualcuno (Conforti), va cercata nel comportamento dell'evoluzione normale del testicolo. Infatti durante tutta la vita embrionale i tubi seminiferi sono rappresentati da cordoni epiteliali pieni, i quali col progredire dello sviluppo si fanno da rettilinei fortemente contorti e si aggruppano in lobuli. Hanno una struttura molto semplice: la parete è sottile e consiste di una membrana propria, rivestita all'esterno da cellule del connettivo disposto in uno o più strati concentrici: il rivestimento epiteliale è dato da nuclei ovali, assai ricchi di cromatina, sparsi in un protoplasma indiviso, e da poche cellule molto voluminose (gli ovuli maschili), che occupano un punto qualunque del sincizio follicolare.

Questo dualismo cellulare permane durante tutta la vita fetale e la prima parte dell'infanzia: poi ad un'epoca variabile di quella gli ovuli maschili scompaiono ed il tubulo realizza la sua unificazione cellulare, vale a dire resta tappezzato unicamente da cellule follicolari. Da questi in un secondo periodo di sviluppo si originano da una parte le cellule del Sertoli, dall'altra le spermatogenie, che evolvono poi in spermatozoi. I tubuli, ritenuti da Pick, Chevassu e Lecène formazioni adenomatose corrisponderebbero, secondo alcuni Autori, ai tubuli molto giovani, nei quali il rivestimento è dato soltanto da cellule follicolari e tale corrispondenza è data non solo dagli elementi, ma anche dalla loro ampiezza, dalla mancanza o ristrettezza del lume centrale e talora anche dall'aspetto della parete. Tale ritardo nell'evoluzione può colpire o tuttti i canalicoli o zone limitate del testicolo. Nella ghiandola seminale l'evoluzione dei canalicoli può avvenire in modo affatto indipendente tra i singoli elementi in modo che contemporaneamente si possono trovare le varie parti a grado di sviluppo diverso. Orbene questa differenziazione assume nel testicolo ectopico, che non raggiunge mai un completo sviluppo, un carattere molto più netto e spiccato. Su tali basi è appunto fondato il ragionamento degli Autori, che negano la veridicità all'ipotesi di Pick, Chevassu e Lecène.

Pur non volendo entrare nella questione dell'identità di tali tubuli, è certo che essi rappresentano una formazione non solo poco frequente, giacchè si trovano pochissimo negli esami istologici del tessuto testicolare ectopico (come appare dalle relazioni dei vari Autori), ma anche perchè negli organi, in cui si riscontrano, non compaiono che sotto forma di noduli o unici o raramente plurimi.

CASO II. — G. F. d'anni 21. Ernia inguinale destra ed ectopia testicolare.

Cura radicale Bassini; emicastrazione.

Il testicolo asportato è piccolo e flaccido.

Esame istologico. I canalicoli terminali hanno una parete di spessore variabile, composta da una parte più esterna a lamelle connettivali concentriche, con pochi nuclei sottili e di una parte interna d'aspetto omogeneo, ialino. Questi canalicoli sono rivestiti soltanto da cellule del Sertoli.

Verso il centro del testicolo e non circoscritto da una capsula propria si trova un nodulo di forma irregolare, che da una parte del contorno lascia indovinare la sua costituzione in lobuli, composti da un insieme di piccoli tubuli pieni a decorso tortuoso con parete a due o tre lamelle connettivali concentriche con nuclei appiattiti. Nella superficie, in cui questo tessuto appare immune da infiltrazione, i tuboli sembrano privi di cavità e con nuclei disposti alla periferia, quasi sempre in un solo strato d'aspetto granuloso, riempendo il lume del canalicolo: nuclei piccoli di forma rotonda od ovalare, ricchi di sostanza cromatica, raccolta in granuli numerosi e piccoli.

Una buona parte del suddetto nodulo appare infiltrata da un tessuto neoformato composto di travate connettivali, che sembrano trarre origine dalle lamelle parietali dei piccoli tubuli prima ricordati colle quali infatti si continuano (v. fig. 2). Queste travate connettivali, che s'intrecciano tra loro a mo' di rete sono contornate da elementi cellulari, che per i caratteri sia del nucleo sia del protoplasma e sia per i rapporti intercedenti fra queste parti sono da interpretare come elementi neoformati costituiti di cellule, che ad ingrandimento maggiore mostrano, protoplasma chiaro limitato da membrana e grossi nuclei per lo più deformati, perchè in via di cariocinesi atipica ed inoltre mostrano al centro dei gruppi di sostanza cromatica disposti a somiglianza di piastre equatoriali.

FIG. 2. — Kor. oc. 2, obb. 4.

Per quanto si riferisce allo stroma ed alle cellule interstiziali il connettivo è molto abbondante e risulta di sottili ed esili fibrille, formanti un intreccio molto delicato e di piccole cellule a protoplasma estremamente ridotto, a nucleo ovoidale intensamente colorato. Le cellule interstiziali sono scarsissime.

CONSIDERAZIONI.

Come già si è detto, i due casi riferiti collimano tra di loro per la presenza in ambedue di un nodulo lobulare, formato da un intreccio di tubuli, la cui interpretazione, come già si è visto, varia secondo gli Autori.

Esiste pur tuttavia tra i due casi predetti una sensibile differenza nella visione del nodulo: giacchè se nel primo caso esso si presenta regolarmente costituito, nel secondo appare chia-

ramente un'infiltrazione, che dall'aspetto si può dichiarare carcinomatosa. Tale affermazione è basata non soltanto dalla forma delle cellule e dall'atipicità degli elementi, ma anche dal modo dell'infiltrazione stessa vale a dire senza limiti netti in alcuna parte del suo contorno. Stabilita così la natura neoplastica di questa infiltrazione, sorge spontanea la curiosità di vedere se vi possa essere qualche nesso tra l'identità del nodulo e l'origine del tumore. E qui si ricade sulla già esaminata discussione sull'identità del nodulo e sulla questione dell'istogenesi dei carcinomi nei testicoli ectopici.

Tralasciando la prima questione, di cui si è già parlato, si può osservare che fra le varie ipotesi dibattute circa l'istogenesi di questi tumori due sono quelle, che più interessano pel caso nostro. Secondo Monod infatti il tumore avrebbe per punto di partenza gli elementi epiteliali di un cordone di Pflüger rinchiusi durante la vita embrionaria. Secondo Birch-Hirschfeld invece la neoplasia avrebbe origine dall'epitelio dei tubi seminiferi e tale opinione, oltre ad essere condivisa da Waldeyer, Tolavera, Langhans, è anche sostenuta da Tizzoni e Poggi, che, basandosi sull'osservazione di numerose piastre equatoriali nelle cellule neoplastiche in via di proliferazione e d'accordo colle osservazioni di anatomia comparata del Flemming, attribuiscono all'epitelio seminale l'origine di questi tumori.

Queste due ipotesi finiscono di collimare sull'identità dell'origine; si differenziano per quanto riguarda lo stadio del tessuto originario. Per quanto riguarda l'ipotesi di Monod l'embriologia ci apprende che i cordoni cellulari del Pflüger sono lo stadio iniziale dei tubi seminiferi: quindi le ipotesi del Monod e di Birch-Hirschfeld, attribuendo l'origine dei tumori la prima agli elementi epiteliali di un cordone di Pflüger, la seconda all'epitelio dei tubi seminiferi, non fanno che indicare un solo tessuto, ma in due stadii differenti: in quello primordiale ed in quello finale.

Esaminate in tal modo le due ipotesi più interessanti per noi sull'istogenesi della neoplasia nel testicolo ectopico, vediamo quale rapporto vi possa essere tra queste e l'identità del nodulo presente nei nostri due casi. Solo per ricordo dirò che il nodulo è da alcuni considerato come un ammasso di tubi seminiferi non giunti all'ultimo stadio di sviluppo, mentre altri lo ritengono come produzione neoplastica a tipo adenomatoso, corrispondente ad uno stato di proliferazione degli elementi epiteliali normali dei canalicoli seminiferi.

Le questoni quindi sono due:

1° — ammesso che il presente nodulo è formato di tubi seminiferi ad uno stadio di non completo sviluppo ed ammesso con Monod che l'origine dei carcinomi del testicolo è da attribuirsi all'epitelio di un cordone di Pflüger, si tratterebbe nel caso nostro di un carcinoma primitivo, sviluppatosi a carico del tessuto di quei tubuli seminiferi primordiali, di cui sarebbe formato il nodulo;

2° — ammesso con Pick, Chevassu e Lecène che il nodulo non è che una proliferazione neoplastica a tipo adenomatoso con origine dagli elementi epiteliali normali dei tubi seminiferi (ipotesi di Birch-Hirschfeld...), il presente tumore sarebbe secondario e invece di un adenoma puro si tratterebbe di un adenocarcinoma.

Attenersi con sicurezza ad una piuttosto che all'altra di queste due risposte non è possibile dati gli scarsi studi al riguardo. Però è lecito esprimere la propria opinione, anche quando questa possa esser tacciata di errore.

La diretta visione al microscopio delle sezioni può certamente indirizzare alla preferenza di una delle due suddette questioni. Ed io non nego che accolgo con maggior simpatia la prima di esse per la seguente ragione. L'aspetto, sotto cui si presentano il nodulo ed i rispettivi tubuli (totalmente nel primo caso, parzialmente nel secondo), è tale da far pensare come soluzione più logica e naturale che si tratti di tubuli in stadio primordiale. Preferendo quest'opinione si verrebbe non soltanto ad ammettere che il presente tumore è un carcinoma primitivo, ma anche a provare la possibilità dell'ipotesi di Monod sull'istogenesi di questi tumori. Con ciò non si vuol dire che l'ipotesi diventi assioma; tutt'altro, giacchè se in questo caso si avrebbe l'origine del tumore dall'epitelio di tubuli primordiali, non si può neppure affermare che l'origine sia sempre questa e che perciò l'ipotesi di Birch-Hirschfeld sia infondata.

Riepilogando si deve ammettere che restano purtroppo insoluti il problema sull'identità del nodulo e sull'istogenesi dei tumori maligni del testicolo ectopico e per conseguenza anche quello sull'identità precisa della presente neoplasia.

RIASSUNTO

L'A. dopo aver ricordato gli studi sull'adenoma vero del testicolo ectopico ed aver trattato della frequenza dei tumori maligni in simi-

le anomalia, descrive un caso di adenoma vero ed un caso di supposto adenocarcinoma, discutendone la probabile istogenesi.

BIBLIOGRAFIA.

ALLEN. *The embryonic development of the ovary and testis of the mammals.* Am. Journ. Anat., vol. III.

ANDERHUBER. *Testes retendi und maligne Degeneration.* Dissertation. Könisberg, 1922, 385.

AUTEFAGE e AUBERTIN. *Examen histologique d'un testicule d'adulte en ectopie abdominale.* Soc. Anat. de Paris, 1903.

BASSO. *Contributo all'istologia del testicolo nei casi di discesa incompleta del medesimo.* Gazz. d. Ospedali e d. Cliniche, 1906.

BEISSNER. *Die Zwischensubstanz des Hodens und ihre Bedeutung.* Arch. f. Mikrosc. Anat., 1898.

BESANÇON. *Etude sue l'ectopie testiculaire du jeune âge et son traitement.* Thèse de Paris, 1892.

BINAUD e CHAVANNAZ. Journal de Bordeaux, 1896, n. 8.

BLAND SUTTON. Pratictioner, Londra, n. s., vol. 31, 1910.

BRANCA e BASSETA. *Sur le développement du testicule humain.* Arch. gén. de Chir., 1907.

BRICKNER e WALTER M. Amer. Journ. of Surg., vol. 37, n. 5, p. 116-117.

CAVINA C. *Contributo allo studio clinico ed anatomo-patologico del seminoma del testicolo ectopico a sede addominale.* La Clinica Chirurgica, 1930, 4, 395-416

CHAVANNAZ e MICHEL. Journ. de méd. de Bordeaux, 1897, aprile 11.

CHEVASSU *Tumeurs de testicule.* Thèse de Paris, 1906; Revue de Chir., 1910.

CHEVASSU e LECÈNE, *L'adénome vrai dans le testicule ectopique.* Revue de Chir., 1907.

CONFORTI G. *Contributo all'istologia del testicolo in ritenzione.* Morgagni, 1908, 7, 393-412.

CORDES e EBERHARD. Brun's Beitr. zur Klin. Chir., vol. 142, n. 4, p. 872-877, 1928.

CORNER. Presse Médicale, 1913, agosto 20, p. 203.

CORSY. Comptes rendus de la Soc. de Biol., v. 91, n. 35, p. 1247.

CUNNIGHAM e JOHN H. Journ. of Urol., v. 5, n. 5, p. 471-479, 1921.

DEROQUE A. e JULIEN R. Gaz. des Hôpitaux, v. 99, n. 29, p. 461-465.

ECCLES. *On the anathomy, physiology and pathology of the imperfectly descended testis.* The Lancet, 1902.

EDINGTON G. H. British med. Journ., n. 3195, p. 475.

FELIZET e BRANCA. *Histologie du testicule ectopique.* Journ. d. anat. et de phys., 1898.

ID. *Recherches sur le testicule ectopique.* Ibid., 1902.

GALEAZZI. Giorn. R. Accad. Med., Torino, 1902.

GERSTER. Annals of Surgery, maggio 1898.

GIOIA. *I tumori maligni primitivi del testicolo.* Pavia, 1923.

GUIZZETTI. *Ueber die normale u. patholog. Struct. der Wand der gewundenen Samenkanälchen beim ervachsenen Menschen.* Beitr. z. Path. An. und allg. Path., Bd. 37.

HANSEMANN. *Ueber die sogenannten Zwischenzellen.* Arch. f. Path. Anat., 1895.

HERMANN. *Bentr. z. Histologie des Hodens.* Arch. f. Mikros. Anat., 1889.

HINMAN I. Am. Journ. Anat., 1914, p. 2009; Surg., Gynec. a. Obestr., 1919, p. 495.

HOWARD. Practitioner, London, 1907, v. 26.

JAIA. *Contributo allo studio delle ectopie testicolari.* Congr. ital. di Chir., 1902.

KALTENBACH. In. Diss. München, 1909.

KAEPPELIN CH. Gazette des Hôpitaux, 1902, n. 4, p. 29-34.

KAUFMANN E. *Trattato di Anatomia Patologica speciale,* 1925, p. 773-775.

LANZ. *Die ektopische Testikel.* Centralblat f. Chir., 1905.

LAVILLAROY J. *Contribution à l'étude anatomique des cancers du testicule.* Thèse de Paris, 1898.

MC LELLAN, Glasgow med. Journ., 1911.

LIPSHUTZ B. Ann. of Surgery, 1922, v. 78, n. 2, p. 270-271.

MARCUSE. Zentr. f. Chir., maggio 1928, v. 55, n. 19, p. 1168-1169

MARECHAL. *Contribution à l'étude de l'anat. path. du testicule en ectopie.* Thèse de Paris, 1887.

MARION. *Testicule inguin. et tumeur abdom. chez une femme.* Ann. des mal. génito-urinaires, 1905.

ID. *Historique, généralisation, pronostic de l'enchondrome du testicule.* Thèse de Paris, 1881.

MINGAZZINI. Ann. ital. d. Chir., 1925, v. 4, n. 8. p. 750-759.

MONOD e ARTHAUD. *Anat. pathol. du testicule en ectopie.* Arch. gén. de Méd., 1887.

MONOD e TERRILLON. *Traité des maladies du testicule.* Paris, Masson, 1889.

ID. ID. *Essai sur le lymphadénome de testicule.* Arch. gén. de Med., Paris, 1889, t. IV, p. 34.

PICK. *Ueber Neubildungen am Genitalen bei Zwittern.* Arch. f. Gynäkologie, Bd. 76, 1905.

PIKE. The Lancet, 1897, p. 1530.

PILLIET e COSTES. Revue de Chir., 1895, n. 8, p. 641.

RAUTENBERG. *Ein Fall von Sarcoma testis retenti.* Dissert. Kiel, 1906.

ROBINSOHN I. *Beitrag zum gleichnamigen Artikel von Rubaschow in Wochens.,* 1926. Wien. Klin. Wochenschr., 1927, v. 40, n. 7, p. 227.

ROMITI C. Riforma medica, 1923, p. 1014.

RUBASCHOW S. Wien. Klin. Wochenschr., 1926, v. 39, n. 37, p. 1040-1042.

SCHMIDT M. B. Zentr. f. allg. Path., 1898, n. 20.

SENAT. *Contribution à l'étude du tissus conjoctif du testicul.* Thèse de Lyon, 1900.

TALAVERA. *Recherches histologiques sur quelques tumeurs du testicule.* Thèse de Paris, 1879.

TIRUMURTI. Practitioner, 1912, p. 599, p. 814.

UFFREDUZZI. *Contributo sperimentale alla conoscenza del testicolo ritenuto,* R. Accad. d. med. di Torino, sed. 28-1-1910.

VECCHI A. Deut. Zeit. f. Chir., v. 114, p. 104-160.

VILLARD. *Ectopie testiculaire et ses complications.* Congr. franç. de Chir., 1906.

VIRCHOW. *Trattato dei tumori.* Trad. Parigi, 1867.

WALDEYER, *Zur Entwicklung der Carcinome.* Virchow's Arch., 1872, t. XI, p. 67.

WALLACE. The Lancet, settembre 1898, n. 17.

WHITEHEAD. *The embryonic development of the interst., cells of Leydig.* Am. Journ. Anat., v. III.

WILSON. Brit. med. Ass., Birmingham, Path. and Clin., 1912; Brit. Med. Journ., 1912, n. 4, p. 1662.

WYETH. New York e Philad. Journ., 1905, v. 12, n. 2.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE POLICLINICO UMBERTO I - ROMA.
VIII PADIGLIONE - Primario: Prof. A. CARDUCCI.

Spondilosteosi produttiva tifica.

Dott. LANFRANCO TONELLI, aiuto medico.

Prima ancora che Schottmüller dimostrasse che nel tifo, dal principio alla fine della malattia, esiste una batteriemia, e che perciò il bacillo di Eberth si può ritrovare in qualunque parte dell'organismo infetto, Quinke aveva già dimostrato i bacilli tifosi nelle ossa, e, poco più tardi, Fraenkel aveva affermato in modo indiscutibile che le lesioni ossee nei malati di tifo erano da attribuirsi all'azione diretta di questi bacilli.

Ma fra tutte le lesioni ossee da tifo ve n'è una che delle altre è assai più rara, e pure notevolmente interessante: la localizzazione vertebrale.

Quinke ne fece già da molto tempo rilevare la comparsa tardiva rispetto all'inizio dell'infezione, il lungo periodo di latenza, il decorso benigno spesso subacuto o cronico, la scarsa tendenza alla suppurazione, ed alla necrosi, la facile *restitutio ad integrum* anche nei casi nei quali il midollo era compresso. E, a volta a volta, nei vari studi clinici ed anatomo-patologici si parla di osteomielite tifosa e di spondilite tifica, senza però fissare molto l'attenzione su questo argomento che Gibney nel 1889 trattò col nome di « tyfoid spine ».

Roger, Widal e Teissier la considerano come una localizzazione « curiosa » della osteoperiostite tifosa. È certo che, data la enorme frequenza della infezione ebertiana, questa localizzazione deve essere veramente rara se nella letteratura accuratamente indagata non se ne rintracciano più di cento casi (Bonhoure).

Dicono i classici che la interpretazione dei segni clinici che accompagnano la osteomielite tifosa non è sempre facile, e questo è più che vero. Schottmüller ne riporta il seguente esempio che trascrivo integralmente, con la sua stessa indicazione nosografica:

« Oss. 28ª. — Schrd. Tifo addominale, spondilite tifosa.

« Ammala gravemente il 21 agosto 1904, dopo parecchi giorni di malessere. Fa un tifo di media gravezza.

« Dal 7 settembre si alza. Dal 4 dicembre in poi febbre per 10 giorni, indi di nuovo febbre al 9 gennaio 1905. La paz. si lagna di dolori al dorso. L'11ª e la 12ª vertebra dorsale, la 1ª lombare sono fortemente dolenti alla pressione.

« Al 20 gennaio è dimostrabile una paresi della gamba destra: segue l'atrofia della muscolatura. La febbre si protrae ancora a lungo; indi si ha miglioramento, sicchè la paz. può essere dimessa all'8 aprile. La colonna vertebrale non è più dolente. Si tratta evidentemente di una spondilite che ha causato una compressione del midollo spinale, e rispettivamente delle radici posteriori. Esito in guarigione senza intervento operatorio ».

Questo quadro che viene riportato da un autore di competenza enorme, pure rappresentando clinicamente un quadro chiaro e di diagnosi non discutibile, non presenta alcuna conferma anatomica o di altra natura: oggidì invece vari casi hanno la preziosa testimonianza della indagine radiologica che li documenta in modo chiarissimo.

Ma è appunto questa indagine che ha messo, secondo me, in evidenza delle particolarità degne di nota, tanto che io credo di dovere segnalare alcune forme di localizzazione vertebrale tifosa che si differenziano dai quadri tipici della osteomielite o spondilite tifica e per i quali io propongo il nome di *Spondilosteosi produttiva tifica*.

Prima di discutere questa denominazione vediamo attentamente i casi che mi hanno indotto a ciò:

CASO I. — (GONZALES, ONTANEDA, VIDARREUTA). Entra in clinica il 9 marzo 1928, dopo 20 giorni di febbre tifoidea (Widal positiva 1/300). Nel quarantesimo giorno apiressia. All'inizio della convalescenza artralgie alle spalle e dolori intensi lombari che si accentuano con la pressione o percussione sulla 2ª e 3ª lombare.

FIG. 1.

Radiografia: negativa per qualunque lesione ossea. I dolori non influenzabili terapeuticamente si attenuarono al 3 settembre. Il 9 novembre ripresa di dolori alla regione lombare, limitazione dei movimenti di estensione e flessione del tron-

co. Deambulazione normale; impossibilità di inchinarsi in avanti. Non deviazione apprezzabile della colonna vertebrale; non fatti di meningo radiculite eccetto lieve dolenzia alla pressione degli sciatici. Riflessi normali. La radiografia dimostrò: che lo spazio vertebrale che separa il 3° ed il 4° corpo vertebrale lombare era diminuito: di fronte è bene evidente un ponte osseo che unisce le due vertebre, più manifesto al lato destro. (Vedi fig. 1. Riprodotta dalla *Prense Medica Arg.*, n. 6, 1929).

CASO II. — (TONELLI). Barb. Fern. Anni 23, celibe, contadino.

Anamnesi famigliare: genitori viventi e sani; nulla nei collaterali. Non esistono nella famiglia malattie artritiche, non gotta, non calcolosi, non diatesi di alcun genere.

Anamnesi personale remota: il paz. non ricorda alcuna malattia degna di nota. Non ha contratto malattie veneree. È modico bevitore e fumatore. Godè sempre buona salute fino alla metà dell'agosto 1929.

Anamnesi prossima: il 15-8-29 cominciò ad avvertire malessere, cefalea, senso progrediente di stanchezza finchè il 20 agosto notò di avere febbre. Chiese ed ottenne ricovero in un ospedale di Roma ove rimase degente fino al 2 novembre. Il decorso della malattia fu il seguente; per circa 15 giorni febbri altissime continue remittenti senza localizzazioni. Una reazione di Widal riuscì positiva per il tifo. Questo decorse regolarmente senza caratteri degni di nota ed il paz. divenne apirettico in 29ª giornata. Ma dopo soli tre giorni di apiressia si iniziò un nuovo periodo di febbre a decorso del tutto irregolare, con massimi serali di 38° circa che si protrasse per altri diciotto giorni. Verso l'ottavo giorno di questa ricaduta il paz. cominciò a notare una dolenzia prima modica poi accentuata alle regioni lombari, senza alcun altro fatto concomitante eccetto febbre. I dolori crebbero tanto da divenire insopportabili: essi si accentuavano nei tentativi di moto del tronco. Specialmente doloroso gli riusciva l'assidersi sul letto e poi il ritornare nel decubito supino. I medici curanti fecero eseguire una radiografia della colonna vertebrale, regione lombare che dimostrò l'assenza di qualunque lesione ossea. Lentamente la febbre si attenuò fino a scomparire; ed i dolori diminuirono tanto che, dopo breve periodo di convalescenza, il paz. fu dimesso guarito il 2 novembre 1929. Persistevano ancora modici dolori alle regioni lombari: i dolori non erano però più bilaterali, ma divennero unilaterali sinistri. Il malato tornò al lavoro.

L'8 marzo 1930 si dovette presentare nuovamente in ospedale perchè i dolori alla regione lombare erano di nuovo divenuti assai intensi ed andavano crescendo: era ritornata anche la febbre. Fu ricoverato all'VIII Padiglione al Policlinico.

Da circa cinque giorni i dolori erano divenuti insopportabili, e gli impedivano di curvarsi in avanti: la febbre era sui 38°, continua con cefalea intensa, alvo diarroico da due giorni, non disturbi della minzione, anoressia intensa.

Esame obbiettivo (8-III-1930). Condizioni generali non gravi ma depresse, sensorio lievemente ottuso, psiche integra. Decubito preferito il supino a gambe estese. Scheletro regolare, muscoli ipotonici, poco sviluppati. Pannicolo adiposo molto ridotto. Non linfoglandole degne di nota, non edemi, non efflorescenze cutanee. Cute pallida, mucose visibili pallide.

Polso: uguale, piccolo, a media pressione, frequenza 82, ritmico.

Respiro: a tipo misto normale per ritmo e frequenza.

Temperatura: 38°,7.

Torace: nulla di patologico si nota a carico dell'apparato respiratorio nè circolatorio. Addome: pianeggiante, trattabile in tutti i suoi quadranti. Nessun segno di versamento liquido, non si palpano masse endoaddominali. Fegato: in alto nei limiti fisiologici, in basso non si palpa.

FIG. 2.

Con la ricerca della variazione respiratoria alla percussione (metodo Carducci) non appare ingrandito. Milza: in alto alla 8ª costa sulla ascellare media, in basso si palpa poco al disotto dell'arcata nei profondi atti del respiro, con la variazione respiratoria alla percussione si conferma il modico ingrandimento di questo viscere. Genitali esterni: nulla.

Sistema nervoso: nulla di notevole eccetto una modica dolenzia alla pressione nelle docce paravertebrali, specie a sinistra. Rotulei un po' vivaci. Non Babinski, non Oppenheim, non Gordon nè Schaefer, ecc. Sfinteri integri.

Apparato locomotore: l'esame della regione lombare dolente dimostra: netta dolenzia alla pressione a livello della 3ª e 4ª vertebra lombare specie al lato sinistro. Rigidità della colonna, particolarmente evidente nei tentativi di flessione del tronco in avanti e nella rotazione verso sinistra. Modica contrattura delle masse muscolari

lombo-sacrali, più evidente a sinistra. Dolorabilità lungo le doccie paravertebrali.

Decorso clinico: 16 gennaio 1930 ingresso: febbre 38°,5 M., 37°,6 m.; 17 gennaio: febbre 38° M., 36°,8 m. Si preleva una emocultura. Si praticano le *sierodiagnosi* con il seguente risultato: Tifo +++, paratifo A e B negative: melitense negativa.

Un *esame delle urine dà*: P. S. 1020. Albumina assente, zucchero assente, sedimento nulla di patologico.

La *formula leucocitaria* è la seguente: leucociti neutrofili 70, eosinofili 2, basofili 0, linfociti 22, monociti 6. Globuli bianchi 10.000.

La *R. W.* nel sangue è negativa.

18 gennaio: febbre 37°,8 M., 37°,4 m.

Puntura lombare: dà esito a liquor limpido, a pressione modica.

Esame del liquor: Nonne negativa, Pandy negativa, Boveri negativa, albumina 0,18 %, glucosio 0,54 %, citodiagnosi scarsi linfociti, R. W. negativa, E. benzoino colloidale negativa.

Si pratica una *radiografia della colonna vertebrale* (vedi fig. 2): questa dimostra una neoformazione osteofitica a ponte tra il corpo della 3ª e 4ª vertebra lombare di sinistra. Nessuna alterazione a carico dei corpi vertebrali nè dei menischi. Perfetta integrità della interlinea articolare.

Risultato di interesse notevolissimo specie se si tiene conto dell'altra indagine radiologica esperita qualche mese prima per stabilire la natura dello stesso dolore già esistente, e che invece escluse qualsiasi alterazione ossea.

Dal 24 al 30 gennaio febbre intermittente decrescente; dal 1° febbraio apiressia; dal 12 febbricole giornaliere; dal 7 marzo apiressia definitiva: l'8 marzo è dimesso. I dolori sono scomparsi gradatamente.

Troppo palese è la sovrapponibilità clinica dei due casi esaminati perchè occorra insistere sul fatto, che essi evidentemente rappresentano un'unica forma morbosa a caratteri ben definiti. La identità del reperto radiografico è non meno impressionante. Viceversa in ambedue, si differenzia da quei caratteri che si hanno di solito nella osteomielite, sopratutto per la intensa proliferazione ossea a tipo osteofitico che qui ha prodotto un manifestissimo ponte osseo fra due corpi vertebrali vicini.

La denominazione di *osteomielite* in senso lato non identifica bene il quadro clinico radiografico descritto, perchè questa denominazione farebbe pensare piuttosto ad una alterazione del corpo vertebrale o delle sue apofisi trasverse, articolari, o spinose che invece qui sono radiograficamente nettamente indenni.

La denominazione di *artrite vertebrale* avrebbe una certa ragione di essere per il ricordo che il quadro clinico radiografico presenta con le artriti deformanti produttive della colonna vertebrale, che, come nel caso presente producono neoformazioni ossee a tipo di speroni, becchi, e, nei casi avanzati, di veri ponti osteofitici. Ma male si accorda la denominazione di artrite vertebrale con la conservata integrità radiografica della interlinea articolare, evidente sia per l'indeformazione del menisco interarticolare, che per la netta persistenza dello spazio chiaro tra le apofisi articolari ascendenti e discendenti delle vertebre vicine.

Il termine di *spondilite tifica* è troppo generico e non esprime bene il quadro produttivo.

Io ritengo che si debba conservare questa denominazione ultima per indicare in senso lato tutte le localizzazioni vertebrali del bacillo di Eberth che evidentemente può dare luogo a forme morbose diverse: e cioè *osteomieliti vere e proprie; artriti vertebrali pure* ed in alcuni casi ad una *forma osteoproduttiva dovuta più a reazione dei tessuti perivertebrali* che a lesioni del corpo come si ha nella osteomielite *e che io chiamo spondilosteosi produttiva tifica.*

Assai interessante è anche il ritenere che un germe infettivo ben noto (il bacillo di Eberth) può determinare nella colonna vertebrale delle alterazioni che ricordano moltissime alterazioni simili che si riscontrano nella artrite deformante della colonna vertebrale stessa.

Ciò è degno di nota poichè nella oscurità etiopatogenetica in cui noi siamo riguardo a questa strana malattia delle articolazioni, il fatto segnalato induce a dare maggior valore al fattore infettivo che, secondo me, è predominante nella genesi della artrite deformante.

È logico pensare che se nei due casi di spondilosteosi produttiva tifica si fosse seguito giornalmente o quasi il dolore lombare con indagine radiografica si sarebbero colpiti dei quadri in cui prima di giungere al ponte osseo si dovevano avere dei becchi osteofitici assai simili o addirittura identici a quelli classicamente descritti nell'artrite deformante. Ora se si suppone per un istante che il bacillo di Eberth avesse potuto ripetere e prolungare la sua infettività ossea moltiplicandola in vari punti della colonna vertebrale noi avremmo avuto un quadro non distinguibile da quello di una artrite vertebrale deformante.

Si può quindi accarezzare l'*ipotesi* che questa sia un processo patogeneticamente legato a processi infettivi, a localizzazioni ossee molteplici (con predilezione dei tessuti ossei articolari e con tendenza squisitamente produtti-

va) di un germe, che potrebbe anche essere uno dei già batteriologicamente noti.

È questa una pura ipotesi a cui accenno per incidenza, ma che deriva da una chiara constatazione di fatto; e del resto le ipotesi hanno spesso reso utili servigi alla scienza.

CONCLUSIONI.

La localizzazione del bacillo di Eberth nel sistema osseo vertebrale cioè la spondilite tifica può manifestarsi sotto varie forme, e precisamente:

1) Come osteomielite, come artrite vertebrale e come *spondilosteosi produttiva tifica.*

2) Col nome di spondilosteosi produttiva tifica si deve intendere una forma di spondilite tifica a carattere nettamente produttivo e distinguibile per i seguenti criteri clinico-radiologici: *a*) inizio nel periodo di declino dell'ileo tifo; *b*) di dolori prima lievi poi più violenti localizzati alla colonna vertebrale: obbiettivabili come dolore alla pressione forte sulle vertebre colpite e più sulle docce paravertebrali; *c*) coincidenza dell'inizio dei dolori con la riaccensione febbrile; *d*) assenza di fenomeni di risentimento midollare, qualche lieve fatto radicolare transitorio; *e*) riduzione progressiva dei fatti dolorosi; *f*) quadro radiologico tipico: presenza di neo-produzioni a tipo osteofitico originatesi dai corpi vertebrali, spesso riunienti due vertebre vicine a guisa di ponte. Conservata integrità dei corpi vertebrali e delle apofisi ossee; spazii interarticolari chiari normali.

3) Sarebbe opportuno studiare radiograficamente tutte le sindromi dolorose vertebrali che si svolgono nel tifo, e si potrebbero così precisare meglio i caratteri differenziali delle singole forme.

4) Il quadro neoformativo osseo della spondilosteosi produttiva tifica va tenuto presente anche perchè potrebbe dare concetti chiarificatori sulla controversa, finora ignota, etiopatogenesi della artrite deformante.

Consegnato in redazione l'8 novembre 1930.

RIASSUNTO.

L'A. descrive col nome di *spondilosteosi produttiva tifica* una varietà di spondilite da bacillo di Eberth a carattere squisitamente neoproduttivo osteofitico che va distinta, specialmente per il tipico quadro radiografico (di cui riporta chiari esempi), dalla osteomielite e dalla artrite vertebrale tifiche; ed accenna all'eventuale argomento in favore della etiologia infettiva dell'artrite cronica deformante che questo quadro potrebbe portare.

BIBLIOGRAFIA.

1) QUINKE. Berl. klin. Wochenschr. n. 15, 1894.
2) FRANKEL, Numerosi articoli dal 1897 al 1909 su riviste Tedesche: vedi bibliografia del tifo sul MOHR e STEHELIN.
3) H. SCOTTMÜLLER-MOHR e STAEHELIN. *Med. Int.*, Vol. I, pag. 443, 1913.
4) HALPENNY. *Typhoid spine.* Surg., Gyn. and Obst., pag. 694, 1999.
5) ARDIN, DETTEIL e CONDRAY. Progr. Méd. 12 agosto 1911.
6) WIDAL, LEMIÈRRE e ABRAMI. *Nouv. Traité de Méd.*. ROGER-WIDAL-TEISSIER.
7) GONZÀLES, ONTANEDA e VIDARREUTA. *Espond. tifica*, Prens. Méd. Arg., n. 6, 1929.

NOTE E CONTRIBUTI.

Autonomia incretogena della mammella ed esistenza di un tipo costituzionale mammario.

(NOTA PREVENTIVA).

DOTT. MARIO PORZIO (Roma).

La mammella è organo il cui trofismo e la cui funzionalità stanno sotto il dominio di altre glandole, le sessuali sopratutto. La sua struttura è da considerarsi istologicamente simile nei due sessi, specie alla nascita. L'involuzione o l'evoluzione di essa sono determinate dall'increto sessuale dominante; ma vi è tutta una serie di fenomeni che ci inducono a non considerare interamente la mammella come organo a carattere sessuale secondario.

La mammella, oltre a possedere attività incretogene spontanee, primitive, è anche capace di influenzare alcuni aspetti morfologici e fisiologici dell'organismo femminile.

*
* *

I) I rapporti tra ovaio e mammella, circa lo sviluppo, sono noti; più degni di rilievo ai nostri fini sono i rapporti tra mammella ed ovaio nei periodi gravidico e mestruale.

A questo riguardo è pressochè tramontata la ipotesi che faceva responsabili delle modificazioni mammarie del periodo gravidico, elementi transitori mio-metrali, a funzione forse endocrina. Tali elementi mio-metrali non comparendo se s'impedisce la formazione della placenta, nè trovandosi nel periodo premestruale, che è in tutto simile al gravidico, non possono essere assunti come responsabili di una serie di modificazioni quali sono quelle in parola.

L'ipertrofia mammaria che si nota nel pre-

mestruo, e in genere tutte le modificazioni di tale periodo, sono collegate al corpo luteo, che è al tempo stesso il maggior responsabile delle modificazioni gravidiche della mammella, senza che, nel senso stretto, gli ormoni fetali o placentari vi possano avere influenze dirette e precise.

Innestando in animali femmine e vergini un ovaio gravidico, si hanno nettissimi fenomeni di ipertrofia mammaria dello stesso significato, senza che le ovaie e l'utero del soggetto in esperimento subiscano modificazione alcuna. Iniettando estratti fetali, o placentari, o anche solo siero di sangue di gravida, la reazione colpisce l'intero apparato sessuale dell'animale e anche la mammella.

Questa identità di influsso del corpo luteo nelle due fasi, premestruale e gravidica, ci permette oggi di considerare la mestruazione come un parto in miniatura: ed infatti identiche sono le reazioni (solo di intensità diverse) delle altre glandole: tiroide, ipofisi, corteccia surrenale e paratiroide, e la stessa decidua puerperale non ha nulla di diverso, nel comportamento, dalla decidua mestruale, distaccandosi e regredendo entrambe allo stesso modo.

E se fin qui abbiamo visto nella mammella un comportamento da organo a funzione riflessa, le cose cambiano radicalmente quando si esaminino i fenomeni inerenti l'allattamento.

Se il secondamento non avviene, la *montata* lattea manca in pieno: è dimostrativo a questo riguardo il caso verificatosi alla Maternità di Venezia (citato dal Viana), in cui si ebbe un secondamento in 17ª giornata con comparsa della secrezione lattea solo dopo 48 ore, come di norma.

La placenta non è quell'organo da molti ancora creduto stimolatore della galattogenesi; essa è piuttosto inibitrice, e se si pensa alla sua ricchezza in follicolina, e all'azione antigalattagoga dell'ovaio, la cosa non dovrebbe apparire tanto strana. Piuttosto alla placenta spettano mansioni preparatrici, dello stesso significato delle luteiche, sia per il fatto che al corpo luteo essa succede nelle mansioni protettive del feto, sia per l'identico interormonismo che si mantiene dopo la regressione di esso, e in cui tiroide, ipofisi e paratiroidi rappresentano fattori non trascurabili nel provocare la secrezione lattea.

La mammella ha dunque bisogno di una *preparazione* per entrare nella fase secretiva; ma queste modificazioni non sono necessariamente le gravidiche soltanto.

Frequentissimo è il fenomeno di secrezione colostrale in donne vergini, ed è stato persino osservato in casi di ginecomastia. E' stata osservata secrezione lattea normale come fatto vicariante mestruale in soggetti amenorroici. Non sono rari casi di revivescenza secretiva, dopo anni, anche dopo la menopausa, in donne che per capriccio si sono attaccato un poppante al seno. Io stesso ho osservato la permanenza di una secrezione lattea normale, a 3 anni di distanza dallo svezzamento, in soggetto isterico iposessuale. Degno di speciale menzione è il fenomeno di secrezione lattea da una sola mammella se l'ovaio dello stesso lato è malato o è stato asportato o è atrofizzato per radiocastrazione.

In tutti questi fatti secretivi la mammella, è evidente, interviene per qualche verso che non è attribuibile all'azione notoriamente galattagoga della tiroide, dell'ipofisi e delle paratiroidi, in quanto anche la più generosa somministrazione di tali glandole resta in questo senso inerte, agendo invece negli altri conosciuti come dipendenti da tale opoterapia.

Fattori secondari ad azione del corpo luteo, e anche fattori ereditari diretti possono benissimo influire su questi atteggiamenti funzionali della mammella, la quale possiede proprietà antimenorragica, antimiomatosa e ipotrofizzante uterina indiscutibili; e oltre a ciò è eccitatrice dei surreni ed inibitrice della tiroide.

Attenti studi in proposito possono rivelarci aspetti nuovi se non imprevisti dell'economia endocrina femminile. Tra questi, per esempio, quello d'una possibile determinante morfologica e fisiologica, su cui desidero richiamare l'attenzione.

***

II) Fino ad oggi la funzionalità mammaria è stata messa in correlazione della funzionalità di altri organi: l'ovaio sopratutto.

È degno di rilievo il tentativo di dare alla forma e consistenza della mammella, attraverso 5 tipi fondamentali, un valore semiologico stabile.

Questi cinque tipi sarebbero: il seno perfetto, il seno atrofico, l'ipermastia vera, quella spuria (o grassosa), infine la macromastia, come può chiamarsi il seno eccessivo, pendulo ed informe. A ciascuno di questi tipi corrisponderebbero determinate interferenze glandolari, in cui la mammella resterebbe passiva.

Tutto ciò è un ottimo punto di partenza per indagini successive, ma per ora il quadro reale delle influenze interormoniche che la mam-

mella può rivelare è ben lontano dall'essere completo e definitivo. Infatti, accanto ad una ipermastia vera da ipotiroidismo o ipovarismo (varianti del 3° tipo) vi è quella da ipertiroidismo ed ipogenitalismo accentuati, dei soggetti ben studiati dal Ryser (ipertrofia massiccia delle vergini).

Comunque, intendo richiamare l'attenzione su un altro tipo, abbastanza comune, e che è in aperto contrasto con la classificazione suesposta. E cioè un tipo, che per essere iposurrenale e ipogenitale, oltrechè tendenzialmente ipertiroideo, si trova in contrasto con le varianti del I tipo (ipoplasia mammaria del longilineo iposurrenale e iposessuale) e con le varianti del secondo tipo (ipertrofia da ipotiroidismo con ipogenitalismo e ipersurrenalismo).

Le caratteristiche fondamentali di tale tipo, che solo per contraddistinguere ho chiamato *ipermammario*, sono:

Statura: prevalentemente longilinea, con valore metrico degli arti superiore al valore trofico;

Arti: gambe esili molto, senza alterazioni di forma (non si ha cioè la gamba legnosa e tutta di un pezzo) e coscia piuttosto scarna; braccia formose nella parte superiore (deltoidea e medio-omerale); assottigliato e magro l'avambraccio, con mano ossuta e scarna, o paffuta e piccola, del tipo ipogenitale;

Tronco: il bacino è nove volte su dieci uniformemente ristretto; comunque contrasta vivamente con l'ampiezza delle spalle. Infatti, il cingolo scapolare ampio dà a divedere una robustezza che è più apparente che reale.

Grande è la tendenza di questi soggetti ad ammalarsi di forme annessiali, di quelle che alcuni AA. pretendono non infettive (?).

Su di un fisico simile si hanno mammelle dal largo impianto sui pettorali; di consistenza compatta, ma non massiccia, con areola e capezzolo normali, ma con qualche rado e lungo pelo nel campo o sul contorno areolare. La pelle è bianca, delicata, dalla rete venosa appariscente. La capigliatura è abbondantissima e serica.

Le mestruazioni sono deficienti, tanto in senso qualitativo che quantitativo, saltuarie a volte e raramente dolorose. Nei casi quindi in cui non si ha una vera amenorrea, le mestruazioni non dicono gran che, dato che capita di trovarle con tali caratteri nei soggetti più disparati. Per quanto, dunque, costanti, non sono patognomoniche del tipo ipermammario.

Questo tipo è frequentemente sterile, o non ha la capacità di portare a termine la gravidanza, o se ciò avviene, il parto (in genere solo il primo) è sempre laborioso ed incerto. Non è chi non veda, in tutto questo, tre gradi di una stessa disposizione costituzionale. L'allattamento è contrassegnato da una piena lattea abbondantissima.

Ma un altro fatto va messo in evidenza: quasi tutte le donne che per anni di matrimonio non hanno mai concepito e poi se ne mostrano capaci quando quasi sono giunte all'età matura, appartengono a questo tipo ipermammario (facendo astrazione naturalmente da cause morbose dell'apparato genitale). Io ho potuto raccogliere in due anni 5 osservazioni, e ho potuto constatare che le mammelle, a detta anche delle pazienti, non avevano più nè l'aspetto nè la consistenza di prima. In un soggetto di 39 anni, con sedici di matrimonio infecondo ed un aborto — il primo, l'anno precedente — si erano persino rimpicciolite. Tredici mesi dopo ella ebbe un parto a termine ma con morte in travaglio del bambino.

Circa i rapporti interglandolari, in questo tipo è facilissimo trovare, come dicevamo, i segni di un ipertiroidismo, che a volte arriva a dare qualche segno di basedowismo. L'ipopituitarismo è frequente e l'ipogenitalismo di modico e vario grado *costante;* ma l'ipersurrenalismo manca sempre, assolutamente. Spiccate in questi soggetti, oltre la delicatezza e trasparenza della pelle, l'ipotonia vasale, la tendenza ai deliqui e non raramente ai fenomeni stenocardici.

Propendo a considerare il tipo ipermammario come uno in cui non siano ancora del tutto spente le influenze timiche, o in cui il timo si sia involuto tardi. Ciò non tanto per la carnagione o la presenza (non costante) di peli nel campo areolare, ma per il significato antisessuale, antisurrenale e osteoipotrofico che il timo può qui rappresentare. Così per i rapporti gravidici denunziati, non mi pare impossibile un potere inibente sulla maturazione follicolare da parte anche della mammella vergine ipertrofica: potere che con gli anni si estingue o viene sopraffatto finalmente dall'ovaio iperattivato dalle prime avvisaglie della menopausa. Noto che le modificazioni del fisico femminile che avvengono dopo un allevo completo, non sono le stesse che se il parto non fosse stato seguìto dall'allattamento. La mammella ha dunque una responsabilità evidente, se non ancora chiara, in tutto questo; e poichè la mammella vergine ha anch'essa una azione ormonica contro gli infantilismi e i difetti di sviluppo, io propendo a credere che nell'incretologia della mammella si tratti più di quantità che di qualità, durante i due stadii che l'organo attraversa.

Concludendo: con queste note ho voluto soltanto indicare fatti, la cui antitesi con ipotesi che si pensavano acquisite, merita ulteriori e approfondite indagini. Sopratutto la presenza di un tipo a mammella molto sviluppata, che si sottrae alle influenze che tale sviluppo determinano, e i fenomeni di chiara indipendenza funzionale che la mammella spesso manifesta, ci devono far riflettere sulla possibilità di un'autonomia incretogena vera e propria capace di avere nell'economia generale endocrina dell'organismo femminile, un suo peso e un suo valore.

Ulteriori studi chiariranno se tali premesse hanno un solido fondamento di realtà.

RIASSUNTO.

L'A. tratteggia brevemente alcuni fatti che possono far pensare ad un'autonomia incretogena della mammella, appoggiando tale ipotesi con la descrizione di un tipo somatico femminile, che si sottrarrebbe a quello che finora si conosce sulle leggi che regolano lo sviluppo del seno.

L'ATTUALITÀ MEDICA

I dubbi sull'efficacia del siero antidifterico.

Il caso doloroso di un medico morto per difterite nonostante un'intensa somministrazione di siero antidifterico ha sollevato una polemica di cui si trovano gli echi in *C. R. Soc. de Biologie* (22 nov. 1930), in *Bull. Acad. de méd.*, 16 dic. 1930) e in *Progrès médical* (13 dicembre 1930, 28 marzo 1931).

Si tratta del dott. Gérard Bécuwe, interno nel Servizio del prof. Minet, all'Ospedale St.-Sauveur di Lilla, il quale si era infettato intubando un bambino affetto da crup. Un paio di giorni dopo accusa un leggero dolor di gola, che si va accentuando il giorno seguente.

Sullo svolgersi successivo dei fatti, si hanno informazioni contraddittorie, in quanto che P. Herlem, nella sua tesi inaugurale, sostiene che già 40 ore dopo la contaminazione, si fece una prima somministrazione di 150 cc. di siero antidifterico (di cui 50 *intra venam*), mentre, secondo quanto riferisce Roux, il defunto Collega avrebbe voluto soprassedere alla somministrazione del siero per timore degli incidenti che esso provoca e per il fatto che egli stesso riteneva trattarsi di un'associazione fuso-spirillare.

Si installarono però rapidamente i sintomi di una difterite ipertossica, contro la quale non valsero l'iniezione di circa un litro di siero antidifterico e le altre cure coadiuvanti.

Casi analoghi non sono affatto rari e, fra l'altro, i medici di Roma ricorderanno la dolorosa perdita di un valente Collega infettatosi in circostanze del tutto simili a quelle del Bécuwe. Da quest'ultimo, Minet ha preso lo spunto per fare un confronto fra i sieri preparati dall'Istituto Pasteur di Parigi e da quello belga, traendone la conclusione che il secondo è superiore al primo, e ciò in base a statistiche e ad osservazioni cliniche.

Dal canto suo Roux, direttore dell'Istituto Pasteur di Parigi, ribatte opponendo altre statistiche e rilevando imprecisioni nelle storie cliniche riportate da Herlem, allievo di Minet, che sostiene la stessa tesi. Dall'esame delle statistiche dell'Ospedale Pasteur, risulterebbe poi infondata la diminuzione di attività che si sarebbe osservata nel siero antidifterico. Anzi, nel citato ospedale si è osservata una diminuzione di mortalità (non si dice se le quantità di siero usate siano sempre state le stesse). Di fatto, mentre nel decennio 1900-1909 si è avuto il 9,46 % di mortalità, nel 1910-1919 la mortalità è scesa a 6,75, nel 1920-1929 a 4,26 e nel 1930 a 1,13 %.

Lignières (cfr. anche *Policlinico*, Sez. prat., 9 febbr. 1931, pag. 197) ritiene che la diminuzione di efficacia sia dovuta alla diminuzione del potere tossigeno dello stipite usato, mentre Ramon, Debré e Thiroloix pensano che non si deve considerare soltanto il potere tossigeno, ma anche quello patogeno ed opporre quindi non soltanto un siero antitossico, ma anche uno battericida.

La questione si presenta pertanto assai complessa, ma non va negato il fatto che tutti hanno osservato della diminuzione di attività del siero in genere, in quanto che le 1000 unità immunizzanti, che un tempo si dimostravano sufficienti, sono ora inadeguate. Gli Istituti produttori di sieri avrebbero l'interesse ed il dovere di produrre dei sieri ad alto titolo ed a studiare la questione della causa e del trattamento di queste difteriti maligne davanti a cui la terapia che riteniamo più attiva si dimostra impotente.

Per quanto riguarda le morti dolorose di medici che assistono i difterici, Roux insiste giustamente sopra una precauzione che dovrebbe imporsi, ed è quella di *non ammettere nei servizi dei difterici se non degli individui a reazione di Schick negativa*, oppure immunizzarli precedentemente con l'anatossina. Tale regola è semplice e dovrebbe senz'altro venire imposta. Potrebbe essere un primo passo per la diffusione della vaccinazione antidifterica di cui la Direzione Generale di Sanità Pubblica si sta da tempo occupando. Le prescrizioni già esistenti per la vaccinazione antitifica, che determina morti meno drammatiche, potrebbero facilitare il còmpito.

A. Filippini.

SUNTI E RASSEGNE.

ENDOCRINOLOGIA.

Sulla funzione del lobo anteriore dell'ipofisi.

(KRAUL. *Wien. Kl. Woch.*, n. 15, 1931).

La funzione del lobo anteriore dell'ipofisi (l. a. i.) è da qualche tempo oggetto di numerose ricerche e l'A. ha voluto riprendere l'argomento, limitandosi però a studiarlo in rapporto all'influenza che ne riceve il sistema genitale femminile.

Come è noto, sopratutto dalle ricerche di Zondeck e Aschheim, il l. a. ip. contiene due ormoni, capaci entrambi di agire sull'ovaio, ma in senso opposto: un ormone A che provoca la maturazione dei follicoli, ed un ormone B che la impedisce, e muta anzi i follicoli in corpi di colorito giallastro, i cosidetti « pseudocorpi lutei ».

Le modificazioni istologiche del lobo anter. ipof. sono state studiate già da tempo: si ricordino gli studii di Fichera, Luciani e Marassani sulle alterazioni di questo organo, dopo l'arresto della funzione ovarica, poi le modificazioni osservate nel cancro dei genitali, nella ipoplasia tiroidea, nella castrazione ecc.: secondo alcuni AA. esisterebbero rapporti ben determinati tra l'azione dell'ipofisi ed il ciclo ovarico.

Nelle sue ricerche il Kraul è partito dalla osservazione che il lobo ant. ipof. è capace di eccitare contemporaneamente, in senso opposto, la funzione ovarica silente dell'ovaio di animali giovani, da un lato maturando i follicoli, dall'altra luteinizzandoli.

Il Kraul ha impiantato per via intramuscolare sostanza di l. a. fresco in oltre un centinaio di topi infantili; talora l'iniezione è stata ripetuta: 3-6 giorni dopo è stata praticata l'autopsia, ponendo la maggior cura nel riconoscere i due diversi gruppi di azioni (maturante e luteinizzante) e l'eventuale prevalenza dell'una sull'altra.

È stata usata l'ipofisi di cavie, gatti, topi, ratti, ed anche maiali e buoi, che sono stati previamente trattati con corpo luteo, con follicolina, con adrenalina con urina di gravide, con estratti di placenta, con sostanza di placenta e con estratto di lobo anteriore dell'ipofisi.

Il corpo luteo accentuò l'azione luteinizzante, la follicolina quella maturatrice, e così pure l'adrenalina; l'urina delle gravide e l'estratto di placenta rinforzano l'azione luteinizzante; l'accresciuto sviluppo dei follicoli si ottenne invece con l'uso dell'estratto di l. a.

Si noti che mentre gli estratti di ipofisi di animali castrati operativamente si presentano più attivi che di norma, gli estratti di ipofisi di animali castrati radiologicamente sono invece inattivi.

Tuttavia, anche quando una delle due sezioni dell'ipofisi domina, l'altro non è del tutto assente, onde non possono dirsi antagoniste nel senso vero della parola, anzi generalmente esse agiscono contemporaneamente.

Naturalmente, con l'esperienza, si possono creare delle condizioni in cui una delle due azioni è artificiosamente dominante: nè è a credersi che l'ipofisi debba ritenersi il centro adunatore della funzione ovarica, chè anzi, come precede di solito per tutte le glandole endocrine, esiste tra loro un intimo e reciproco rapporto.

Forse l'ipofisi sta a cavallo tra il ricambio degl'idrati di carbonio, dei grassi, delle vitamine ecc. e la funzione dell'ovaio: forse tutte le cause centrali e ormoniche che regolano l'ovaio si esplicano attravero l'ipofisi.

V. SERRA.

La placenta organo endocrino, la sua azione biologica e patologica sul corpo femminile.

(L. SEITZ. *Münchner Med. Woch.*, n. 21, 1931).

Durante la gravidanza si determinano alterazioni morfologiche e alterazioni funzionali biologiche, nell'organismo femminile. Le prime consistono in un nuovo impulso allo sviluppo che assumono alcune parti, specialmente l'utero, le mammelle, le pareti addominali. Questi organi riassumono dunque i caratteri particolari del periodo della crescenza, e andati perduti per l'organismo che ha raggiunto la maturità. Le alterazioni morfologiche e quelle funzionali biologiche sono determinate dall'uovo fecondato. Attraverso la placenta la madre perde tutte quelle sostanze che sono necessarie all'organismo del feto. Epiteli fetali si sfaldano dalla grande superficie placentare e penetrano nel sangue materno: si possono dimostrare microscopicamente gli epiteli coriali nei vasi del polmone e dimostrando nel sangue materno un particolare fermento che li scompone specificamente è possibile diagnosticare la gravidanza. La placenta è inoltre indubbiamente un organo endocrino, dalla cui comparsa nell'organismo della donna sono provocate le seguenti alterazioni endocrine: 1) appena iniziata la gravidanza l'ormone del lobo anteriore dell'ipofisi, che noi oggi riusciamo a mettere in evidenza saggiandolo sul topo infantile, aumenta notevolmente nel sangue e si elimina anche con l'urina. (La dimostrazione nell'urina, permette la diagnosi precoce della gravidanza).

2) Aumenta pure durante la gravidanza l'ormone ovarico, dimostrabile saggiandolo sul topo bianco castrato.

3) Aumenta l'ormone tiroideo, ciò che è evidente dall'ingrossamento della tiroide nel-

la gravida e ciò che si può dimostrare con l'aumento dell'iodio nel sangue, con l'accelerazione della metamorfosi dei girini e con la dimostrazione dell'aumento di acido lattico nei muscoli. La formazione della placenta determina queste alterazioni endocrine non agendo indirettamente sulle glandole a secrezione interna corrispondenti, ma in gran parte per attività propria. Oggi è dimostrato che l'ormone ovarico viene prodotto in grande quantità dagli epiteli del corion; anche l'ormone del lobo anteriore dell'ipofisi, o almeno uno dei suoi componenti viene durante la gravidanza formato dalla placenta stessa.

Queste alterazioni endocrine che avvengono durante la gravidanza sono molto notevoli, esse sono però fisiologiche e perciò in genere durante la gravidanza migliorano la salute e lo stato di benessere della donna. Donne rimaste indietro nel loro sviluppo, totalmente oppure parzialmente (p. es. ipoplasia cardiovascolare) durante la gravidanza non raramente diventano normali. Però l'organismo deve essere costituzionalmente perfetto, e possedere un alto grado di capacità di trasformazione e di adattamento per sopportare senza danno il notevole cambiamento dello stato endocrino che avviene durante la gravidanza. Se l'organismo difetta di queste capacità o se l'alterazione endocrina è troppo notevole (p. es. mola vescicolare o gravidanze gemellari) si determinano alterazioni patologiche. E cioè:

a) l'ingrandimento delle parti sporgenti, frequente durante la gravidanza che in alcuni casi si esagera fino ad una vera acromegalia gravidica.

Esso è in rapporto con una aumentata od alterata attività di alcune porzioni dell'ipofisi e regredisce nel puerperio.

b) Si manifesta talvolta un diabete insipido, probabilmente dipendente da una alterazione dello stato di equilibrio fra l'ormone del lobo anteriore e quello del lobo posteriore dell'ipofisi.

c) adiposità e magrezza di origine ipofisaria: Se durante il puerperio il lobo anteriore ipertrofizzato tarda ad impiccolirsi, si sviluppa l'adiposità del puerperio; se la regressione del lobo anterore avviene in modo esagerato, si sviluppa una cachessia ipofisaria. Questi stati di adiposità e di magrezza di solito regrediscono spontaneamente.

d) l'iperattività ovarica può determinare l'osteomalacia gravidica; che guarisce con l'ovariectomia anche continuando la gravidanza. D'altra parte si manifestano talvolta durante la gravidanza sintomi di ipofunzione ovarica (fenomeni vasomotori simili a quelli del climaterio, dolori e tumefazioni articolari) che scompaiono spontaneamente durante il puerperio.

e) L'aumento dell'ormone tiroideo, cui è imputabile il lieve aumento che per lo più si ha nel ricambio basale, dà luogo talvolta a tachicardie gravidiche. D'altra parte in alcuni casi si osservano sintomi di ipotiroidismo, anche stati simili al mixedema.

È probabile che quegli stati gravidici che oggi vengono designati come tossici sieno determinati da complicati spostamenti nella situazione endocrina; vediamo infatti che in casi di mola vescicolare, in cui come si sa gli epitelii coreali degenerati producono una enorme quantità di ormone ipofisario anteriore (la quantità di questo ormone nel sangue può arrivare a 10-100 volte tanto quanto nella gravidanza normale) sono molto più frequenti e molto più gravi che nelle gravidanze normali il vomito gravidico, gli stati preeclamptici, e l'eclampsia.

L'eclampsia che di solito si determina negli ultimi tre mesi di gravidanza in casi di mole vescicolare si può determinare già al terzo e quarto mese. R. POLLITZER.

RACHITISMO.

Nuovi mezzi della terapia antirachitica.

(K. HULDSCHINSKY. *Wien Klin. Woch.*, n. 16, aprile 1931).

La ricerca delle cause del rachitismo ha messo in evidenza 3 fattori fondamentali: Lo accrescimento, la predisposizione, e la deficienza di luce o di vitamina; ai quali se ne aggiunge qualche altro: l'acidosi, l'alterato ricambio degli idrati di C., l'alterazione di funzione delle ghiandole a secrezione interna o del sistema neuro-vegetativo, ecc.

L'accrescimento ha importanza nel senso che, senza tale fattore, la malattia non si manifesta. La predisposizione è un fatto più complesso, che riunisce deficienze congenite di varia specie. La mancanza di luce e di vitamine, infine, rappresenta la più recente acquisizione in tema di patogenesi del rachitismo, ma ancora non è ben definito il valore dell'uno o dell'altro elemento, in quanto la loro mancanza non induce necessariamente alla malattia, così come la loro presenza non sempre riesce ad evitarla.

Bisogna quindi ritenere ancora che tutti e tre i fattori fondamentali devono essere tenuti in considerazione.

Dal punto di vista terapeutico, in ogni modo, hanno oggidì grande importanza l'elioterapia artificiale e la vitamino-terapia.

Il trattamento con ergosterina irradiata offre poi il vantaggo della grande facilità di somministrazione; ma non si deve dimenticare come ad esso vadano congiunti anche degli svantaggi, dovuti sopratutto ad un eventuale iperdosaggio.

Sotto tale punto di vista, assolutamente superiore per efficacia ed innocuità resta l'olio di fegato di merluzzo. Ma, purtroppo, quello

che ordinariamente si trova in commercio è di valore assai inferiore all'originale.

Per quanto riguarda l'elioterapia artificiale, si deve subito dire che il sistema presenta alcuni svantaggi tecnici, quale quello di dover osservare dei turni regolari o di obbligare a costosi impianti nelle abitazioni. I vantaggi terapeutici sono invece indiscutibili.

Due sono gli effetti conosciuti dell'irradiazione U. V.: la formazione cioè di vitamina antirachitica da una provitamina probabilmente esistente nella cute, e la formazione, sempre nella cute, di istamina o di sostanze istamino-simili, cui è dovuta gran parte dei fenomeni fin qui conosciuti, quali: l'eritema, la diminuzione della pressione sanguigna, la stimolazione nervosa.

Si è dimostrato che i raggi eccessivamente corti sono la causa degli eritemi irritativi, non esplicando quindi azione terapeutica alcuna, e, fino ad ora, non si è riusciti ad eliminarli completamente, per quanto le case fabbricanti abbiano introdotto notevoli modificazioni nelle lampade del commercio.

Tra queste, l'A. loda lo « Solarcalampe », di Osram, che, con ricerche biologiche, si è dimostrata ricca di azione antirachitica e di potenza battericida.

Dal punto di vista terapeutico, tuttavia, bisogna riconoscere che ancora non si sono stabiliti limiti netti alla malattia, in quanto il suo inizio e il suo termine non sono clinicamente delimitabili in modo preciso. Conviene quindi istituire un trattamento profilattico precoce allorquando esistono particolari condizioni di clima, eredità e nutrizione, e, a tale scopo, corrisponde bene la lampada « Vitalux ».

Per le irradiazioni collettive, che idealmente vanno fatte senza costringere il malato ad una immobilità perfetta, corrisponde invece la lampada Osram tubulare, in vetro Uviol, la quale permette di irradiare a gruppi per lungo tempo, anche dopo la presupposta guarigione dei segni clinici.

I progressi nel trattamento del rachitismo sarebbero, riepilogando, rappresentati dall'aver riconosciuta la necessità di un tale prolungamento di cura, alternando le applicazioni esterne alla somministrazione interna.

M. FABERI.

Rapporto dell'olio di fegato di merluzzo e delle vitamine coll'accrescimento osseo e col rachitismo.

(H. A. HARRIS. *The Amer. Journ. of the Medic. Sciences*, aprile 1931).

Nel 1824 comparve il primo lavoro che illustrò scientificamente l'uso dell'olio di fegato di merluzzo nel rachitismo, uso che progressivamente è andato sempre diffondendosi, sebbene non se ne conoscesse il meccanismo di azione.

Dopo la scoperta delle vitamine il problema sembrò risolto ritenendosi che l'olio contenesse la vitamina liposolubile antirachitica.

Più tardi la vitamina A fu riconosciuta come antixeroftalmica, mentre l'antirachitica fu ritenuta la D, anch'essa liposolubile. Lo studio dei rapporti fra luce solare e formazione delle vitamine condusse alla preparazione della vitamina D mediante irradiazione dell'ergosterolo. L'A. ritiene che si sia molto esagerato nel campo della terapia colle vitamine e che una dieta ben bilanciata e con vitto vegetale e animale fresco non ha bisogno dell'aggiunta di vitamine sintetiche, che si adopereranno soltanto quando non ci si possa procurare le vitamine col vitto fresco. Alcune osservazioni cliniche sull'azione delle vitamine sono mancate di conferma sperimentale sicura; per esempio l'affermazione che la vitamina D prevenga la carie dentaria non è stata convalidata dalla provocazione di carie coll'abolizione della vitamina D. L'A. ritiene anche che sia un errore il giudicare la quantità di vitamina A contenuta nell'olio di fegato di merluzzo dall'intensità della reazione colorata che compare al trattamento con acido solforico, perchè non solo questa è una reazione soltanto qualitativa, ma anche perchè essa si ha anche nell'ergosterolo irradiato che contiene vitamina D e non A.

Lo studio dell'accrescimento osseo deve riguardare tre processi: l'accrescimento della cartilagine, la calcificazione della cartilagine e la formazione dell'osso. Soltanto la calcificazione della cartilagine è regolata dalla vitamina D (luce del sole, luce ultravioletta e ergosterolo irradiato); gli altri processi sono regolati dalle vitamine A e B. Tutt'e tre i processi sono alterati nel rachitismo e questa malattia si può curare soltanto dando tutt'e tre le vitamine.

Per questo l'A. ritiene che l'olio di fegato di merluzzo sia superiore all'ergosterolo irradiato nella cura del rachitismo. E cita a conferma di quanto dice i radiogrammi da lui fatti curando il rachitismo col solo ergosterolo e coll'olio di merluzzo, che è ricco di vitamina A e di vitamina D.

R. LUSENA.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE.

Trattato Italiano di Medicina Interna, a cura dell'Istituto Biochimico Italiano. 3 vol. ril. di 3500 pagg. complessive con 700 fig. in nero ed a colori. Soc. Edit. Libraria, Milano, 1931. L. 280.

Si tratta della prima Opera italiana di vasta collaborazione nel campo della medicina interna, disciplina che finora è stata insegnata alle nostre generazioni mediche quasi esclusivamente con testi stranieri, in prevalenza tedeschi, non sempre tradotti in modo lodevole. Il bisogno di emanciparsi dalla letteratura straniera nel campo dell'insegnamento medico era quindi veramente sentito, non solo per un giusto senso di dignità nazionale, ma per ragioni essenzialmente pratiche, quale quella di insegnare ai nostri medici coi metodi della nostra tradizione clinica, di renderli famigliari ai nostri metodi di ricerca e di cura, alla nostra legislazione sanitaria; senza contare poi che i testi stranieri ignorano sistematicamente i contributi della Scuola Italiana, sicchè avviene allo studente di essere famigliare ai nomi degli scienziati stranieri e di ignorare quelli dei nostri sommi, che pure hanno portato alla medicina contributi fondamentali.

Sicchè un plauso incondizionato va all'iniziativa dell'Istituto Biochimico Italiano ed in particolar modo al suo Direttore prof. Giovanni Lorenzini, che personalmente ha dato un'attività preziosa all'impostazione dell'opera e alla coordinazione del lavoro. La realizzazione di quest'opera ha dimostrato come sia possibile anche in Italia organizzare l'edizione di buoni Trattati con la collaborazione di autori numerosi, associando l'eccellenza della trattazione alla rapidità dell'esecuzione, alla ricchezza della veste tipografica e delle illustrazioni, alla moderazione del prezzo.

Passando ad un esame critico, notiamo anzitutto le giuste proporzioni di questo Trattato, che rappresenta un *quid medium* fra il voluminoso Mohr e Stahelin, eccessivo per gli scopi didattici e di consultazione difficile anche per il medico pratico, e il modesto Mehring, accostandosi, pur superandolo per completezza e modernità, allo Strümpell (ancora una volta torniamo ai trattati tedeschi per il confronto!).

Contenere la vasta materia in 3500 pagine riccamente illustrate esige da parte di ogni autore uno sforzo assai più grande di quello richiesto da una trattazione più vasta; occorre selezionare per ogni argomento ciò che è necessario sapere, ciò che è soltanto utile conoscere, ciò che è semplice sfoggio di erudizione; distinguere quanto è di acquisizione sicura da quanto appartiene tuttora al campo delle teorie e delle ipotesi sia pure probabili; dare in tutta la esposizione la prevalenza a questo nucleo di dati sicuri che ogni medico deve possedere, tracciare nell'alone delle teorie interpretative un quadro chiaro ma sintetico, quanto è necessario e sufficiente a chiarire lo stato attuale di ogni argomento, senza appesantire ed estendere la trattazione con particolari superflui agli scopi didattici. Si può dire che in linea di massima tutti i collaboratori si sono uniformati a questa necessità dando di ogni argomento un quadro sintetico ma completo, rinunziando ad ogni esposizione puramente dottrinale e talvolta perfino contenendo in brevi cenni i contributi personali e della propria scuola per avere di mira esclusivamente l'utilità del lettore.

Sforzo di cui bisogna essere grati ai singoli autori, che nell'interesse del libro hanno anche sfidato l'eventualità di essere accusati di dimenticanza per aver dato volontariamente l'ostracismo a qualche elemento giudicato superfluo.

Lo stesso intento pratico si nota nella distribuzione della materia. Il primo volume raccoglie le malattie infettive, svolte per la parte generale dal Cesa-Bianchi, per quella speciale dall'Izar, dal Preti, dal Castellani, dal Rho, dal Jemma, dallo Stazzi; le malattie degli organi del movimento, trattate dal Pari; quelle dell'apparato circolatorio, svolte dal Cesa-Bianchi e dall'Aresu; le malattie del sangue e degli organi emopoietici, trattate dal Di Guglielmo. Il secondo volume comprende le malattie dell'apparato respiratorio, trattate dal Bilancioni per le vie aeree superiori, dal Morelli e dal Perin per i bronchi, polmoni, mediastino e diaframma; le malattie dell'apparato uropoietico dovute all'Ascoli M. e al Serio, nonchè ad un urologo, il Carraro, per le vie urinarie; le malattie del sistema nervoso — un vero trattato di neuropatologia — per opera del compianto Mingazzini, del Fumarola, del Rossi O., del Galdi, del Mattirolo, del De Sanctis. Nel terzo volume troviamo riunite le malattie dell'apparato digerente (proff. Boeri, Fragomele, Villa, Ferrannini, D'Amato, Di Guglielmo), le malattie del ricambio propriamente dette, prese in esame dall'Izar; le avitaminosi, trattate dal Lorenzini per la parte generale, dal Preti per la parte speciale; la dottrina delle costituzioni e le malattie diatesiche, trattate da uno dei nostri più illustri costituzionalisti, Pietro Castellino; le endocrinopatie, dal Ferrata; infine tre capitoli specialistici sulle malattie da agenti fisici, trattate dal Cazzaniga, sugli avvelenamenti più comuni illustrati dal Benedicenti, sulle malattie da infortunio svolte da Nicola Castellino.

Particolarmente utili riescono le brevi nozioni di anatomia e fisiopatologia preposte ad ogni capitolo, assai proporzionate e aggiornate, che senza eccessivi ingombri di patologia sperimentale e di tecniche di laboratorio, richiamano i dati indispensabili all'esatta comprensione della trattazione clinica, resa da questi capitoli introduttivi più agile e snella.

Le nozioni generali sulle infezioni, i capitoli sulla insufficienza cardiaca e sulle aritmie (Cesa Bianchi), i preliminari di ematologia (Di Guglielmo), la fisiopatologia dello stomaco (Boeri) e dell'intestino (Villa), i preliminari sui nervi periferici (Rossi), sulle avitaminosi (Lorenzini), sul fegato (D'Amato) meritano particolare menzione: in ciascuno di essi il medico pratico troverà tutto quanto è necessario all'interpretazione del fenomeno clinico senza un eccessivo bagaglio di nozioni dottrinali o tecniche.

Va segnalato il grande sviluppo dato in quest'opera alla neuropatologia, che in altri trattati è piuttosto sacrificata: non sproporzione involontaria, ma evidentemente voluta maggiore estensione, quasi a significare la stretta fusione di questa colle altre branche della clinica, alla quale la neuropatologia appartiene prima di assumere un carattere specialistico. Accanto alle ottime, sintetiche trattazioni del Mingazzini, del Fumarola, del Mattirolo, va segnalato il capitolo dei nervi periferici, nel quale il Rossi ha profuso il contributo ricchissimo della sua esperienza personale, raccogliendo inoltre con intento sommamente pratico, in brevi capitoli di anatomia, in nitide tabelle, alle quali ricorrerà spesso anche il medico provetto, tutti i dati di natura pratica sull'innervazione delle diverse regioni muscolari e cutanee, sulle modalità e sulla provocazione dei riflessi, ecc. Leggermente eccessivo ci sembra il capitolo del Galdi sul sistema neuro-vegetativo; in quest'argomento ancora circonfuso di grandi ombre, ancora poggiato su basi incerte, piccolo è il nucleo delle acquisizioni sicure, grande l'alone delle ipotesi e certamente l'ampia trattazione, ottima come monografia, risulta alquanto sproporzionata date le linee generali dell'Opera.

Di primo acchito sembrerebbe anche eccessivamente dottrinale e specialistico il capitolo dell'ematologia; ma se si riflette che nel campo delle malattie del sangue la diagnosi puramente clinica passa in seconda linea davanti alla diagnosi di laboratorio, va fatto un merito al Di Guglielmo di avere svolto con ampiezza questi dati, per solito tuttora esposti con poca sistemazione nei trattati non specialistici. Assai buoni stimiamo i capitoli specialistici del Bilancioni, del Carraro, del Benedicenti, del Cazzaniga, del Castellino N., i quali ultimi si riallacciano alla medicina sociale, che va assumendo ogni giorno maggiori sviluppi. Numerosi in quasi tutti i capitoli i contributi di osservazioni personali, se si eccettua quello delle endocrinopatie che, pur avendo alcune buone sintesi sulla fisiopatologia delle diverse ghiandole endocrine, manca di una impronta personale, quale sarebbe lecito attendersi da un clinico ricco di esperienza.

Assai utili per il medico pratico sono le ampie nozioni di terapia annesse ad ogni argomento e particolarmente importanti e completi i due capitoli sulla terapia delle cardiopatie e delle malattie dei nervi periferici.

Se il gran numero dei collaboratori. la diversità degli indirizzi e delle scuole rende difficile raggiungere per tutti i capitoli una perfetta uniformità di sviluppo e di proporzioni, nelle linee generali si può dire che l'armonia e la fusione nelle singole parti sono state ottenute in modo lodevole e di ciò va data particolare lode ai coordinatori dell'Opera. D'altra parte va riconosciuto che soltanto con la vastità della collaborazione era possibile fare di questo Trattato ciò che si riprometteva l'organizzatore, cioè il vero esponente della scuola medica italiana, alla quale in passato hanno sempre attinto gli studiosi stranieri. E solo con la ripartizione della materia fra molti autori era possibile raggiungere quella rapidità di esecuzione, per cui i singoli capitoli sono riusciti perfettamente aggiornati, a differenza di quanto avviene per molti trattati del genere, già superati prima di essere completi.

Opera di pura italianità, questo primo Trattato Italiano di Medicina interna, compiuto in meno di un anno, sarà per i nostri medici indubbiamente ottima guida nell'esercizio della professione, per gli studenti magnifico strumento di studio. Non possiamo che augurare alla bella e riuscita iniziativa il migliore successo, meritata soddisfazione per i valenti organizzatori e pei collaboratori tutti.

A. POZZI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

J. LEVEQUE. *Étude clinique de la tuberculose infantile*. Masson, 1931. Fr. 22.

Nel piccolo volume, che fa parte della collezione di medicina e chirurgia pratiche edita dal Masson, è tracciata l'evoluzione generale del processo tubercolare, con ampie indicazioni sui metodi diagnostici e prognostici.

La malattia non viene considerata a seconda dell'età del soggetto, bensì come manifestazione continua, che passa attraverso a fasi successive e assai differenti, delle quali devono essere rintracciati i caratteri peculiari.

La questione, insomma, è messa a punto secondo l'esperienza più recente, fornita dal rifiorire degli studi di tisiologia.

In brevi linee sono anche riassunti tutti i dati di etiologia e di anatomia patologica, che sono a base delle conoscenze sull'argomento, e, in appendice, sono riprodotti vari quadri radiologici, che facilitano di molto la comprensione dei singoli capitoli. M. FABERI.

H. JENNON. *L'asthme infantile et les réactions associées*. N. Maloine, Paris, 1931. 18 fr.

Il vero asma infantile sarebbe, secondo l'A. quello che inizia tra 0 e 6 anni, con manife-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

stazioni catarrali nette, e tendenza a regressione spontanea verso 8-10 anni, o alla pubertà. L'asma dei più grandicelli sarebbe, al contrario un inizio precoce dell'asma dell'adulto.

In questa forma infantile si ritroverebbe sempre una reazione cutanea pruriginosa, e assai spesso una reazione epatica con acetonemia. Il disturbo epatico sarebbe poi a base di tutte le reazioni esistenti nella sindrome morbosa.

Per la patogenesi è preso in considerazione tanto lo choc anafilattico che quello colloidoclasico, quanto infine la costituzione neuroartritica, per lo più ereditaria, la quale porta all'insufficienza epatica ed allo squilibrio del sistema neuro-vegetativo.

A tutto l'insieme di manifestazioni l'A. propone di dare il nome di: Sindrome artritica infantile.

La trattazione dell'argomento tende infine a svalorizzare il concetto dell'asma gangliouare e delle presunte spine respiratorie.

La cura efficace infatti, risulta essere unicamente quella che si volge a modificare il terreno.

Per chi desidera formarsi un'idea chiara e sintetica dell'argomento, il libro è veramente indicato. M. FABERI.

J. COMBY. *Quatre cents consultations médicales pour les maladies des enfants*. 9ª ed. Masson, Paris, 1930. Fr. 36.

Il successo di questo volume del Comby è comprovato dall'essere rapidamente giunto alla 9ª edizione. Mentre poi nella prima, apparsa nel 1909, il numero delle consultazioni era solamente di 100, ora sono 413 le voci considerate, le quali abbracciano tutta la patologia infantile, comprese molte forme morbose studiate in questi ultimi anni.

Le brevi linee diagnostiche e patogenetiche annesse ad ogni voce costituiscono poi un mezzo di facile e rapido orientamento per il medico, mentre l'indicazione terapeutica resta ristretta alle poche acquisizioni sicure, che la pratica ha consacrato. M. FABERI.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

III Congresso Italiano di Microbiologia.

(Milano, 19-21 aprile 1931).

Con un discorso inaugurale del prof. S. BELFANTI, si è iniziato questo Congresso, che ha raccolto un forte stuolo di microbiologi ed ha dimostrato il fervore con cui questi studi sono seguiti in Italia.

Sulla patogenesi delle malattie delle piante.

Su questo tema ha riferito il prof. L. MONTEMARTINI, accennando alle difese naturali delle piante contro i parassiti e prospettando l'unità fondamentale della patologia di tutti gli esseri viventi; tenuto conto di questa, si potrà forse arrivare, anche nella patologia vegetale, ad una farmacoterapia diretta verso la pianta, che non abbia soltanto di mira la distruzione dei parassiti.

Vaccinazione antidifterica mediante l'anatossina.

Argomento di grande importanza è stato questo, trattato dal prof. E. PEPEU che, in base specialmente alle statistiche da lui raccolte, vanta l'innocuità e l'alto potere vaccinante del metodo. Discute i vari metodi di vaccinazione ed afferma che, pure riconoscendo alla via nasale in grande vantaggio della praticità, risulta oggi preferibile la vaccinazione per via sottocutanea, almeno fino a quando non si possederà una anatossina a potere antigene molto concentrato.

I buoni risultati sono confermati dall'immunizzazione ottenuta in Italia, su cui riferisce il prof. R. MAGGIORA-VERGANO, che insiste sulla necessità di intensificare i provvedimenti relativi. L'opera svolta dalla Direzione Generale della Sanità pubblica viene elogiata in un ordine del giorno che raccoglie l'unanimità.

***

Grande interesse ha destato la relazione del prof. V. PUNTONI sul tema:

Moderne conoscenze e nuovi orientamenti sulla biologia del bacillo tubercolare.

Secondo l'O., la prova biologica costituisce una delle più sicure indagini per la diagnosi di tubercolosi, il che non toglie che per alcuni casi, tenuto conto che esistono bacilli a scarso potere patogeno sperimentale, offrano grande vantaggio i procedimenti culturali (specialmente il metodo di Hohn) che hanno anche il grande vantaggio della rapidità.

Per quanto riguarda la filtrabilità, l'O. afferma che la maggioranza dei ricercatori è ora favorevole all'esistenza di una forma filtrabile del bacillo. Il virus, secondo l'ipotesi di Calmette passerebbe attraverso i filtri in forma di ultravirus, ipotesi che verrebbe confermata dalle ultime esperienze di Sanarelli e Alessandrini, i quali hanno ottenuto il passaggio del virus tubercolare attraverso i sacchetti di collodio impermeabili alle tossine difterica e tetanica.

L'ingorgo linfo-ghiandolare è l'unica lesione rilevabile provocata dall'ultravirus. Le recenti ricerche di Sanarelli ed Alessandrini, i quali hanno ottenuto il quadro classico della malattia soltanto

al terzo passaggio in serie, fanno pensare alla possibilità di attribuire all'ultravirus alcune forme ancora oscure della patologia umana.

Le forme filtrabili, meno tossiche e meno patogene, potrebbero insidiosamente attraversare la barriera placentare senza risvegliare nessuna difesa.

Tenuto conto che l'immunità nella tubercolosi non è sostenuta dalla formazione di anticorpi ma da quello stato di allergia che si forma in conseguenza delle infezioni paucibacillari a cui l'organismo è soggetto e che quindi *la vaccinazione è possibile soltanto con bacilli vivi*, si comprende che l'idea della vaccinazione si sia imposta dopo la scoperta di bacilli tubercolari divenuti stabilmente avirulenti. Appartengono a questi, oltre al B. C. G., il bacillo equino di Vallée, quello umano di Maggiora ed Ilvento, quello di Puntoni e Sabatucci ed altri.

L'avirulentazione stabile del bacillo tubercolare appare pertanto un fatto non eccezionale, sicchè la conoscenza di stipiti umani avirulenti potrà permettere di raggiungere quel massimo grado di specificità a cui debbono tendere le reazioni allergiche.

Nel rispondere ai diversi interlocutori che hanno preso la parola nell'animata discussione che è seguita, l'O. si dichiara più favorevole ad accettare i risultati positivi che quelli negativi delle ricerche, tanto più che la questione della filtrabilità non riguarda soltanto il bacillo tubercolare, ma è assai più generale, estendendosi al ciclo di vita di molti microbi.

Sulla iperreattività specifica nelle infezioni.

Il prof. A. ZIRONI ha messo in luce la sensibilizzazione agli antigeni microbici; il fatto può prodursi sperimentalmente ed ha importanza pratica perchè può spiegare l'andamento della malattia, con decorso tumultuoso, con le recidive, con l'improvviso aggravamento. La più profonda conoscenza di questo fenomeno potrà darci una maggior luce sulla patogenesi delle infezioni e darci la possibilità di combatterle.

* * *

La terza giornata del Congresso è stata dedicata allo studio dei gruppi sanguigni, a proposito dei quali il prof. L. LATTES ha parlato sulle

Variazioni quantitative delle proprietà gruppo-specifiche

È stato osservato che le isoreazioni, onde si sostanzia il gruppo sanguigno, non sono quantitativamente uguali in tutti gli individui dello stesso gruppo. Molteplici sono le cause che influenzano tali variazioni, sia artificiali, sia fisiologiche, sia patologiche e vengono singolarmente esaminate dall'O. il quale emette l'ipotesi che il ricambio delle sostanze gruppo-specifiche possa avere rapporto con l'emopoiesi e l'emocateresi. Gli ulteriori studi in materia potranno gettare qualche luce sull'interessante questione.

Sono poi seguite molte comunicazioni su argomenti vari di microbiologia e, da ultimo la proiezione di una bella pellicola sulle fasi della vita del baco da seta, ritratte con somma perizia dal sig. L. COLOMBO.

fil.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 29 maggio 1931.

Presidente: prof. G. CAGNETTO.

Setticemia streptococcica acuta e tubercolosi latente.

Dott. G. DENES. — L'O. riporta due casi di setticemia da streptococco seguiti da evidenti manifestazioni tubercolari. L'O. attribuisce allo streptococco la proprietà di attivare focolai tubercolari latenti. Secondo Sergent le forme infettive acute che precedono una manifestazione tubercolare sarebbero dovute all'ultravirus tubercolare. I casi riferiti dall'O. e da altri AA. dimostrano che non sempre è necessaria la presenza dell'ultravirus per determinare le infezioni acute pretubercolari.

L'O. accenna alle ricerche sperimentali in corso.

Un nuovo indirizzo operativo per la terapia di alcuni prolassi e ptosi.

Dott. F. STEFANI. — L'O. illustra come si possa utilizzare per la pessia di vari visceri il muscolo piccolo psoas, od anche, in assenza di questo, il muscolo grande psoas, che finora mai erano stati impiegati per scopi consimili.

Tale procedimento, che riesce spedito e non presenta difficoltà eccessive, gli ha dato buoni risultati sugli animali ed in tutti i tre casi, assai dimostrativi, finora operati, i quali però riguardano solo l'isteropessia.

Esso per gli organi pelvici consiste nel portare il capo inferiore dello psoas verso la linea mediana facendolo passare sotto l'uretere ed i vasi fra aponevrosi ileo-lombare ed aponevrosi sacro-retto-genito-pubica e, fattolo sporgere in prossimità del promontorio sacrale verso il cavo pelvico, nel suturarvi i visceri ectopici e quindi ricoprirlo con una plica di peritoneo; per il rene, esso consiste invece nel portare il capo dello psoas all'esterno, dietro l'uretere, nella loggia renale, e quindi nel suturarlo alla parete laterale dell'addome in modo da sbarrare con una robusta travata l'apertura inferiore della loggia stessa.

L'O. ritiene che la pessia mediante gli psoas trovi una buona indicazione nel prolasso uterino, od almeno in alcuni particolari casi dello stesso, e nel prolasso del retto essendo suscettibile di offrire in queste forme reali e notevoli vantaggi; qualche riserva fa invece per la nefropessia, per la quale l'indicazione deve essere più limitata.

Una più larga casistica darà tuttavia gli elementi per un giudizio definitivo.

Indagini biologiche con liquido dei cistomi luteinici.

Prof. F. MAURIZIO. — L'O. da una serie di ricerche eseguite sui comuni animali da laboratorio ha potuto constatare che nel liquor dei cosidetti « cistomi luteinici » è contenuto in forte quantità l'ormone luteinico che determina la trasformazione pregravidica della mucosa uterina e che ha un'azione inibitrice sulla maturazione follicolare.

L'ormone luteinico prepara e protegge l'annidamento dell'uovo, ha perciò una evidente azione antagonista dell'ormone sessuale femminile o liquor folliculi che ha invece azione abortiva.

Morfologia della cellula epatica in rapporto alla secrezione biliare.

PAOLO RAVENNA. — L'O. mediante un nuovo metodo di colorazione descritto recentemente da Hol-

mer, studia alcune particolari cellule epatiche, di forma irregolare, stellata, che si vedono terminare con uno o più prolungamenti nei capillari biliari, e che Holmer ha chiamato « cellule epatiche biliari » (Gallenleberzellen). Dall'esame di numerosi preparati di fegato in momenti diversi della sua funzione, l'O. conclude che non si tratta di cellule differenti dalle altre cellule epatiche, ma dell'aspetto particolare di ogni cellula epatica durante l'accumulo e la secrezione della bile.

Appendicite acuta e strozzamento dell'ileo in un caso di ectopia cecale, megacolon totale e megaileo con membrana di Jackson.

Prof. R. Palma. — L'O. illustra un caso da lui operato con successo, di appendicite acuta e strozzamento dell'ileo in un individuo, nel quale all'atto operativo fu rilevato: ectopia del cieco, megacolon totale, megaileo e membrana di Jackson.

L'O. mette in rilievo l'interesse del caso oltre che per le difficoltà che presentava la diagnosi, specialmente se messa in rapporto con la complessità del quadro anatomo-patologico rilevato con l'atto operativo, anche e specialmente per la molteplicità delle anomalie riscontrate e i problemi relativi alla loro patogenesi e all'anatomia patologica.

Ricerche sperimentali sulle correlazioni endocrino-genitali, con speciale riguardo alla tiroide.

Prof. E. Maurizio e De Veszelka. — L'ormone follicolare, somministrato a dosi opportune, ha azione abortiva, specialmente nel primo periodo della gestazione.

Il l. f. esercita un'azione antitesticolare ed antimascolina abbastanza evidente.

Le femmine di animali in estro provocato rifiutano l'accoppiamento.

Con dosi opportune e prolungate di l. f., la tiroide si fa più congesta e più voluminosa, diminuisce invece negli animali castrati.

Il Segretario: Prof. Giovanni Zanetti.

Società fra i Cultori delle Scienze Mediche e Naturali in Cagliari.

Seduta del 29 maggio 1931.

Presidente: Prof. A. Businco.

Su la durata di vita della Gambusia.

Dott.ssa J. Bellisai. — Dopo avere rivendicato a M. Sella l'importazione in Italia delle Gambusie rileva che le gambusie viventi nell'acquario della Stazione Biologica di S. Bartolomeo (Cagliari) vanno già nel quarto anno di vita e per lo meno per la terza volta sono in attività sessuale, e attualmente presentano tale vitalità che fa presumere ancora una vita lunga. Queste osservazioni su la durata delle gambusie possono avere una ripercussione notevole sul sistema di popolamento delle acque, tenendo presenti la quantità d'acqua, il clima, le condizioni ambientali in cui le gambusie debbono vivere.

G. Vanzetti e C. Maxia riferiscono *su azioni a distanza di reazioni chimiche di ossidazione su uova di riccio di mare.*

L. Businco fa *alcune osservazioni istologiche sul fegato di tre falconidi in Sardegna.*

L'enzimoreazione come diagnosi precoce della rabbia.

Dott. A. Murgia e dott. E. Fois. — Gli OO. hanno sperimentato l'enzimoreazione del Sivori inoculando due serie di 10 conigli ciascuna rispettivamente con virus fisso e con virus da strada.

La morte degli animali si è avuta, nella prima serie dal 7° al 9° giorno, nella seconda serie tra il 12° ed il 20° giorno dall'inoculazione. La reazione è stata positiva in tutti i conigli inoculati, negativa in alcuni conigli lasciati sani per controllo. L'inizio della positività si è avuta sempre tra il 4° ed il 6° giorno tanto per il virus fisso che per il virus da strada. Gli AA. inoltre hanno praticato la reazione del Sivori su 112 persone morsicate da animali rabbiosi o sospetti di esserlo, prima del trattamento vaccinico; hanno avuto una positività del 34,8 %.

Concludono quindi che i risultati ottenuti provano la specificità dell'enzimoreazione per la rabbia ed il suo valore come mezzo di accertamento diagnostico precoce, mezzo che se a tale scopo non può essere ancora adottato in senso assoluto, può essere però di ottima guida nello stabilire l'intensità e la durata del trattamento vaccinico.

Valore prognostico della reazione di Costa nel trattamento pneumotoracico.

Dott. A. Murgia. — L'O. da due anni pratica la reazione novocaino-formalinica del Costa sul sangue dei pazienti ricoverati nel Sanatorio di Cagliari. Egli non solo l'ha trovata positiva in tutti gli affetti da forme tubercolari, specie polmonari, ma ha potuto notare che essa è più intensa e più rapida quanto più attivo è il processo morboso. Ha visto anche che la reazione diminuisce di intensità e si fa più tarda nel suo apparire quanto più migliorano le condizioni generali e locali degli infermi.

Negli ammalati sottoposti a trattamento pneumotoracico essa si fa meno intensa fin quasi a scomparire del tutto quando il pneuma abbia esito favorevole. Riappare rapida e marcata allorquando compaiono quei sintomi vaghi che preludono ad una complicanza da pneumotorace artificiale quale la pleurite pnx, segni di evoluzione controlaterale, ecc.

L'O. quindi ritiene che la reazione novocaino-formalinica del Costa possa essere utile a svelare uno stato di complicanza pnx. in potenza tanto da costituire un buon segno sull'opportunità o meno di praticare un rifornimento.

Il Segretario: Giuseppe Pintus.

Società di Scienze Mediche di Conegliano e Vittorio.

Seduta del 29 maggio 1931.

Presidente: Prof. De Gironcoli.

Sulle difficoltà diagnostiche degli impedimenti sulla via del coledoco.

Prof. Tramontini. — Nel fattore colelitiasi due elementi entrano in conflitto, il calcolo e le conseguenze determinate dal suo incuneamento sulla via biliare principale e sugli organi connessi, fegato e pancreas. In pratica è nel segmento termi-

nale retropancreatico del coledoco o nell'ampolla del Vater che più di frequente si incunea, creando una obliterazione più o meno completa con conseguenze meccaniche ed infettive. Elementi diagnostici nel periodo di stato sono: l'ittero, i dolori, la febbre, sui quali l'O. si sofferma in varie considerazioni cliniche e in specie sullo stato della cistifellea, accennando alla legge di Curvoisier-Terrier e alle numerose eccezioni che essa subisce per molteplici cause che discute.

Nella ricerca del dolore provocato alla palpazione l'O. accenna come i punti di Desjardins e la zona pancreatica coledocica di Chauffard e Rivet sieno tutt'altro che segni di grande valore per la diagnosi differenziale poichè essi rappresentano un crocevia ove piloro, duodeno, fellea, angolo destro del colon, testa del pancreas, rene destro e bacinetto possono risvegliare dolori analoghi.

L'O. pone il diagnostico differenziale tra ittero calcoloso e canceroso, diagnostico arduo ove falliscono non di rado e i dati semeiologici, e le indagini rediologiche e le prove di laboratorio concludendo che il clinico può arrivare alla diagnosi di probabilità, vagliando tutti i mezzi di indagine di cui può disporre, ma mai di certezza che può soltanto esser fatta con la laparatomia esplortiva.

A proposito di interpretazioni diagnostiche in ginecologia.

Prof. OPOCHER. — L'O descrive e presenta i pezzi anatomici di una cisti ovarica racimosa bilaterale dell'ovaia complicata a cisti sierosa paranefritica destra, diagnosticata come cisti renale, facendo rilevare l'interesse del caso per la sua rarità clinica e per la impossibilità di fare una diagnosi esatta.

Riferendosi ad un secondo caso di oscura interpretazione mostra le due sacche salpingitiche asportate in una donna nullipara nella quale in base a reperto radiografico contrastante con l'esame clinico si doveva arguire che una sola delle salpingi fosse ammalata.

Conclude che il giudizio tratto dall'analisi dei sintomi deve esser superiore ad ogni indagine accessoria a cui il clinico non deve affidarsi completamente per porre una diagnosi o per decidere dell'intervento.

Il prof. DE GIRONCOLI fa *alcune considerazioni sulla tbc. renale*.

Il Segretario: Dott. FABRIS.

Società Italiana Fascista di Studi scientifici sulla tubercolosi.

Sezione di Palermo.

Seduta del 17 aprile 1931.

Presidente: Prof. L. MANFREDI.

Può la vaccinazione o rivaccinazione jenneriana influenzare lo stato allergico dei bambini infetti o malati di tubercolosi?

TRIPPUTI V. (per la Dott. GAFÀ P.). — Su 100 bambini studiati, 43 hanno reagito positivamente alla vaccinazione o rivaccinazione antivaiolosa. Praticando la reazione di von Pirquet prima e dopo la vaccinazione o rivaccinazione jenneriana, ha osservato il comportamento locale e generale dei soggetti alla tubercolina. Ha pertanto constatato, in quasi tutti i soggetti, che la intensità della reazione tubercolinica non è stata influenzata in modo alcuno dalla vaccinazione o rivaccinazione jenneriana.

L'O. crede di potere concludere che la vaccinazione o rivaccinazione jenneriana non modifica lo stato allergico dei soggetti infetti o malati di tubercolosi e non forma quindi controindicazione all'applicazione della profilassi antivaiolosa.

Ripercussioni dei rifornimenti pneumotoracici sulla meccanica respiratoria e circolatoria.

LUCACER M. — L'O. rende ragione di una serie di indagini funzionali da lui eseguite su questo argomento.

FICI V. — *Immagini anulari del polmone e tubercolosi polmonare.*

La linea capillare nella tubercolosi polmonare.

ARNONE G. (per il Dott. M. MATTINA). — Nella tubercolosi polmonare, la capillare a decorso rigidamente rettilineo, orizzontale, ascendente o discendente, deve essere considerata come fissata ai due estremi: costale e sternale per un processo adesivo. Il suo estremo costale si disloca in alto e in basso verso il lobo polmonare sclerotico, mentre l'estremo sternale si disloca in limiti molto ristretti. Nelle forme concave, convesse o tortuose, il raggio di curvatura di tale linea è dato dalla prevalente retrazione del lobo corrispondente e dalle aderenze. La linea capillare doppia sarebbe dovuta ad un processo lineare dei foglietti che tappezzano i lembi polmonari.

Negli individui nei quali non esistono lesioni polmonari clinicamente e radiologicamente apprezzabili, ma predisposti alla tubercolosi, la linea capillare può avere il valore di una reazione di focolaio (peri- o parafocale), od essere l'espressione di una dialesi essudativa o di uno stato allergico esaltato.

Il Segretario: V. FICI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Il regime alimentare nella cura delle infezioni tifose.

Dott. AGOSTINO VANELLI (Caronno Milanese).

Il regime alimentare nella cura del tifo è di capitale importanza e lo sarà, come dice giustamente Schottmüller, fino a quando la terapia specifica del tifo non sarà che un pio desiderio. Di conseguenza in nessun'altra malattia infettiva forse la questione alimentare fu tanto studiata e dibattuta e i pareri furono tanto disparati quanto in questa infezione.

Alcuni autori, paventando i danni che un'alimentazione anche modica avrebbe potuto produrre, nutrendo degli individui nei quali il potere di digestione e di assimilazione sono profondamente alterati e che presentano nell'ultimo tratto dell'ileo delle ulcerazioni, credettero logico praticare nel tifoso la dieta idrica assoluta o quasi assoluta.

Altri autori, partendo dal principio che un organismo denutrito e debole non può offrire che una fiacca resistenza all'infezione e paventando i danni dell'inanizione in una malattia lunga e debilitante, quale il tifo, credettero opportuno adottare il metodo contrario di alimentare in modo svariato ed abbondante.

E il risultato fu tale che tanto gli uni quanto gli altri presentarono delle statistiche a bassa mortalità e fortemente probative per ambedue i metodi. La ragione di questo divario che sembrerebbe paradossale basandosi le conclusioni sull'esame di cifre è spiegabilissimo.

Il tifo presenta un andamento clinico così variabile da caso a caso, da città a città, da epidemia ad epidemia, da stagione a stagione, da individuo ad individuo da rendere possibile qualsiasi deduzione su un dato regime dietetico o curativo. Difatti si hanno delle epidemie in cui la mortalità varia dal 4 al 5 % ed altre in cui la mortalità tocca il 14 %. Da statistiche ospedaliere si rileva il fatto che in un anno la mortalità ha toccato il 17 % mentre in un altro non è arrivata all'11 % pur essendo uguale il sistema curativo e dietetico usato.

Ora se le statistiche non sono raccolte con una osservazione continua, accurata e scevra da qualsiasi preconcetto e non sono basate sull'esame di qualche migliaio di casi si prestano a provare tutto quello che noi vogliamo.

Anche noi in questi cinque anni in cui il paese dove noi esercitiamo è stato colpito da un'epidemia tifosa abbiamo avuto occasione di studiare profondamente e con passione il problema profilattico e curativo dell'infezione tifosa ed in questa nota non crediamo privo di interesse esporre i risultati dell'esperienza che ci siamo potuti fare nell'alimentazione dell'ammalato di tifo.

Il problema alimentare di un tifoso va imperniato su due punti principali: Qual'è il fabbisogno energetico di un tifoso? Quanto e quali alimenti può mangiare? Ad essi si aggiunge il fabbisogno salino, vitaminico ed idrico. Problemi che abbiamo cercato di risolvere dal lato pratico nella maniera più consona alle moderne nozioni fisiologiche della digestione, assimilazione e ricambio.

Il fabbisogno alimentare giornaliero di un individuo normale dal peso di 70 chilogrammi a digiuno nel più assoluto riposo a 16 gradi di temperatura ambiente, ovvero il numero di calorie necessarie alla funzione cardiaca e respiratoria, ai muscoli lisci a mantenere al grado normale la temperatura del corpo sarebbe di 1680 calorie, vale a dire 24 calorie per ogni chilogramma di peso; e tale sarebbe il fabbisogno energetico di un ammalato di tifo se in questo metabolismo basale non dovesse subire per effetto dell'infezione un aumento e delle modificazioni. Ma in quale misura questo aumento sia è difficile precisarlo nei singoli ammalati, tanto più che in certe forme gravi di tifo prolungato Noorden trovò nel periodo febbrile un consumo da 20 a 25 calorie per chilogrammo di peso. Nel complesso però ricerche sperimentali su animali e in individui febbrili hanno dimostrato che nella febbre da infezione si ha un aumento della termogenesi. In questo senso parlano le ricerche di Langlois che constatò nel periodo febbrile una maggior perdita di calore nella misura del 10 % a 38,5, del 12 % a 39,5, del 15 % a 40,5 e di Colman e Dubois che sono arrivati alle stesse conclusioni. Benedict e Carpentier utilizzando l'apparecchio di Atwater osservarono un accrescimento costante della termogenesi del 15 al 30 % ma variabile nello stesso periodo febbrile. Di modo che noi crediamo di essere nel vero, facendo le debite riserve, in relazione ai fattori individuali, alla gravità della malattia, allo stadio febbrile, nel-

lo stabilire il fabbisogno energetico di un tifoso del peso di 70 chilogrammi in circa 2200 calorie, numero ottenuto aumentando il metabolismo basale del 15 % in relazione all'aumento della termogenesi e del 16 % per sopperire alle aumentate perdite richieste dal lavoro muscolare dell'ammalato, dal lavoro digestivo, dal portare a temperatura del corpo le bevande ingerite, da modiche pratiche idroterapiche e dall'azione metabolica degli alimenti.

Un altro fattore differenzia il ricambio di un organismo normale, da un organismo febbricitante. Nel tifoso il fabbisogno proteico, cioè il numero minimo dei diversi amino-acidi atti a compensare le perdite e a mantenere l'equilibrio azotato è aumentato quasi del doppio in relazione alla maggiore usura dei tessuti.

Fissato il fabbisogno energetico e proteico di un tifoso, ci si presenta il secondo problema: Qual'è il numero di calorie che dobbiamo fornire con l'alimentazione all'ammalato e sotto forma di quali alimenti.

Anche a questo riguardo esiste il più grande divario fra i diversi clinici, pur osservando che nel complesso si nota la tendenza a nutrire più abbondantemente di quello che non si facesse una volta.

Strümpel consiglia una dieta liquida o semiliquida ma nutritiva, regolando l'alimentazione caso per caso a seconda delle condizioni dell'apparato gastroenterico e del desiderio degli ammalati. Gli alimenti da esso usati sono: latte, farine lattee, creme di riso, d'avena, pantrito, semolino cotto, con precauzione uovo e succo di carne. Nelle forme a lungo andamento, con prudenza, anche carne sminuzzata.

Leven pure sostiene che bisogna alimentare gli ammalati di tifo, ma l'alimentazione deve essere sufficiente, ma non abbondante. Deve toccare le 1000 calorie per qualche giorno, per poi salire a 1200, a 1500, a 1600.

Questa alimentazione sarà all'inizio lattea e si aggiungerà gradualmente tapioca, crema di riso, semolino, purées di patate, uova e infine carne.

Vaquez in Francia sostenne il bisogno di dare ai tifosi una alimentazione più nutriente perchè i pericoli ad essa legati sono del tutto illusori, mentre se ne ottengono dei grandi vantaggi. In linea di massima usa il seguente tipo di regime: una tazza di latte ogni due ore, ma sostituisce il pasto delle 8 e 12 e delle 18 nella seguente maniera: alle otto tazza di the o di caffelatte oppure una zuppa di farina di riso e di orzo; alle 12 una zuppa di latte con un rosso d'uovo e un cucchiaino di somatosio e un bicchiere a calice di gelatina di carne o di succo di carne fresca; alle 18 pasto uguale a quello delle 12, sostituendo il latte con un brodo con un rosso d'uovo.

Schottmüller pure consiglia un'alimentazione oltre che abbondante e varia anche consistente e fornisce ad ogni ammalato dalle 2500 alle 3000 calorie con una media di 40 calorie al giorno per chilogramma di peso.

Tenendo giusto conto delle modificazioni consigliate dall'esame del singolo caso stabilisce in genere il seguente regime dietetico: da un litro ad un litro e mezzo di latte, un quarto di litro di crema, 100 grammi di biscotto o pane bianco, 100 grammi di burro, 50 grammi di zucchero, 100 grammi di carne preparata, 50 grammi di legumi freschi. Afferma che l'abilità del medico e del personale di assistenza consiste nel saper vincere la ripugnanza dell'ammalato a nutrirsi e che l'anoressia non deve essere considerata come un sintomo che sconsigli l'alimentazione, ma come una sensazione subbiettiva che si deve vincere con la scelta dei cibi. La sua esperienza più che decennale avrebbe sfatato la leggenda dei danni inerenti alla alimentazione abbondante e consistente, egli non osservò mai casi di perforazione intestinale e solo una volta una modica emorragia mentre al contrario le recidive sarebbero sicuramente più rare che per il passato quando gli ammalati erano tenuti a dieta liquida fino al decimo giorno di apiressia. Pur essendo questo ordine di idee sostenuto da un clinico del valore e dell'autorità di Schottmüller non crediamo di poterlo accettare per le seguenti ragioni: non crediamo che la maggioranza degli ammalati di tifo — per lo meno italiani — possa digerire ed assimilare una dieta quale quella consigliata da Schottmüller. E oltre a questo restiamo molto scettici sulla minore frequenza delle complicazioni: passi la perforazione intestinale che dice di non avere mai osservato, ma che in dieci anni di larga esperienza non abbia avuto che una sola volta una modica enterorragia ci sembra molto strano.

Dopo avere descritto nelle loro linee generali i regimi dietetici di Vaquez e di Schottmüller che consigliano una alimentazione abbondante e varia amiamo riferire le conclusioni alle quali sono arrivati MM. Lenglet e Ayrignac dopo una larga esperienza che si sono potuti fare durante la guerra. Questi clinici hanno avuto campo di comparare i due metodi in un numero di oltre 3000 tifosi su ammalati ri-

gorosamente comparabili in massa per età e per genere di vita e dopo questi esperimenti sono arrivati alla conclusione che il metodo antico della dieta idrica è il migliore.

La prova capitale di questa superiorità sarebbe data dal fatto che la perforazione intestinale risparmiava quasi tutti gli ammalati tenuti a dieta idrica, mentre colpiva in misura proporzionalmente più grande gli ammalati nutriti anche esclusivamente a latte. Oltre a questo la malattia presentava un andamento più breve e conseguentemente ne veniva una diminuzione delle complicanze e una convalescenza più breve. E affermano giustamente che nel formulare un regime dietetico per un ammalato di tifo dobbiamo avere davanti agli occhi lo stato del tenue che per un metro e mezzo presenta ulcerazioni di varie profondità e grandezza e concludono che qualsiasi alimentazione del tifoso deve soddisfare le seguenti necessità:

1) sopperire in misura possibile alle perdite dell'organismo;

2) ridurre al minimo la massa fecale;

3) non intossicare.

Noi abbiamo esperimentato diversi regimi dietetici in oltre 300 ammalati di tifo nelle forme più gravi e nelle forme più lievi e siamo giunti alla conclusione che se è difficile fissare un regime dietetico applicabile a tutti gli ammalati per il fatto che questo deve subire delle modificazioni in relazione ai caratteri e all'andamento della malattia allo stato di nutrizione dell'organismo, alle condizioni fisiopatologiche dell'apparato gastroenterico, possiamo però fissare una linea direttiva generale che potrà essere applicata al caso particolare.

In linea di massima quando la temperatura ascellare al mattino supera i 39 gradi noi forniamo ai nostri ammalati dalle 18 alle 20 calorie per chilogramma di peso per poi aumentarle da 22 a 25 man mano che le condizioni generali vanno sempre più migliorando e la curva termica abbassandosi.

Di modo che un individuo del peso di circa 60 chilogrammi viene a prendere giornalmente dalle 1080 alle 1200 calorie per arrivare fino a 1500.

Per fornire questo numero di calorie ci serviamo di 200 grammi di zucchero (saccarosio) e di un mezzo litro o tre quarti di latte. Lo zucchero viene aggiunto al latte e alle altre bevande e consumato gradualmente durante la giornata. La ragione della nostra preferenza per lo zucchero è dovuta al fatto che questo alimento non richiede complicati processi di digestione, viene facilmente assimilato senza lasciare scorie nell'intestino, è dotato di un alto valore calorico e viene completamente utilizzato.

Non osservammo mai glicosuria o saccarosuria in ammalati che prendevano oltre 200 gr. di saccarosio. Se lo zucchero per una ragione qualsiasi venisse a noia (gli ammalati possono stancarsi del gusto troppo dolce del latte e delle bevande) può essere sostituito o gli si può aggiungere una farina completamente diastasata, costituita da una miscela di maltosio e destrina, alimenti che creano un ambiente intestinale poco favorevole alla flora proteolitica.

Migliorando le condizioni generali ed intestinali aumentiamo la razione alimentare con crema di riso od orzo, con semolino condito con burro o brodo di carne, creme della consistenza liquida o semiliquida e tenendo giusto conto delle preferenze dell'ammalato.

Come norma le uova e la carne non vengono aggiunte che a sfebbramento completo e gradualmente dando questi alimenti residui intestinali favorevoli ai processi putrefattivi. Però se la malattia presentasse un andamento superiore a cinque settimane cerchiamo di sopperire al forte consumo di sostanze proteiche dell'organismo con l'aggiunta giornaliera di un rosso o due di uovo o di carne, accuratamente liberata dalle parti tendinee e fibrose.

Il latte non viene fornito mai in misura superiore ai tre quarti di litro; se la temperatura ascellare poi al mattino superasse i 39,5 preferiamo toglierlo del tutto per alcuni giorni. Siamo contrari alla dieta lattea esclusiva usata da molti, per le seguenti ragioni: 1) il latte in misura superiore ad un litro vien preso mal volentieri e mal tollerato; 2) il 10 % delle proteine del latte non viene assorbito; 3) il latte od i residui da esso lasciati nell'intestino costituiscono un eccellente mezzo di cultura per i germi della putrefazione; 4) un'alimentazione quale la lattea, costituita per il 50 % del suo valore calorico da grassi non può essere che irrazionale specialmente per un italiano abituato ad un regime dietetico in cui gli idrati di carbonio coprono in massima parte il fabbisogno energetico. Quando poi si pensa che l'organismo per sopperire alle deficienze alimentari dovrà mobilitare le riserve di grasso del corpo appare più evidente l'illogicità del regime latteo esclusivo.

Accanto agli alimenti che digeriti ed assimilati soddisfano il fabbisogno energetico dobbiamo dare agli ammalati dell'acqua, dei sali e delle vitamine per cercare di rendere nella misura del possibile più completa la dieta dell'ammalato. La bevanda da noi più usata è l'acqua limonata zuccherata al 10 % che oltre al pregio di contenere in abbondanza la vita-

mina anti-scorbutica tollera in forte quantità l'aggiunta di zucchero.

L'acqua vien data di frequente ed in piccola quantità alla temperatura preferita dagli ammalati. Se il tifoso desidera del ghiaccio glielo diamo in piccoli frammenti. Noi cerchiamo di dare agli ammalati tutta l'acqua che essi desiderano per soddisfare la sete ardente che accompagna tutti gli stati febbrili, a meno che qualche ragione vi si opponga e prima fra queste la debolezza cardiaca. Se esiste vomito insistente, enterorragia riduciamo la quantità di acqua ingerita e cerchiamo di fornirla per via ipodermica in una o meglio in più volte nella misura di 500 o 100 cc. con siero glucosato o soluzione fisiologica e a tale pratica ricorriamo anche quando l'ammalato si presenti fortemente disidratato o per diarrea o per altra ragione.

Le vitamine vengono fornite col succo di limone e i sali col latte, alimento che ne è molto ricco.

All'esame della dieta da noi proposta risalta subito che essa è molto povera di sostanze azotate, difatti durante il periodo febbrile noi non diamo che da 17 a 26 grammi di sostanze proteiche, mentre il fabbisogno proteico dell'ammalato è più che raddoppiato. Ma questo minimum ci è stato consigliato dal fatto che queste sostanze costituiscono un ottimo terreno di cultura per i germi della putrefazione e dalla nostra esperienza clinica che ci ha dimostrato che l'aumento delle sostanze proteiche non è senza conseguenze e che con esse molte volte si rischia di trasformare una forma lieve o di media gravità in una forma grave. D'altra parte gli amino-acidi delle masse muscolari potranno compensare le usure degli organi nobili e vitali meglio di quello che lo potrebbero fare le proteine alimentari.

Dopo aver esposto il regime dietetico che alla riprova dei fatti ci si è dimostrato il migliore, cercheremo di dimostrare le ragioni di questa nostra preferenza.

Non vogliamo esprimere i risultati ottenuti in cifre sulla mortalità e minor frequenza di complicanze perchè troppi sono gli elementi che possono influire sull'andamento della febbre tifoide, elementi che molto spesso non possono essere valutati nel loro giusto valore; difatti troppo poco ancora noi conosciamo quali deviazioni biologiche possa subire il bacillo del tifo nel suo potere patogeno, per quali reazioni immunitarie locali e generali la malattia presenti alle volte una sintomatologia così attenuata, mentre altre volte assuma un carattere ipertossico ed iperpiretico.

Però possiamo dire di aver avuto la netta convinzione della reale benefica influenza di questo regime dietetico tanto sulla mortalità quanto sulla minor frequenza di complicazioni. Oltre a questo l'esame giornaliero dell'ammalato, delle condizioni generali del polso della curva termica ed in particolar modo della funzione gastro-enterica ci permette di rilevare come l'infezione assuma un aspetto più breve e più benigno; la perdita di forze e di peso è sempre modica, la lingua si mantiene umida, il polso valido, la cefalea, la bronchite, l'anoressia, il delirio, il meteorismo, la diarrea quando sono presenti raramente sono tali da impensierire.

Le forme gravi e iperpiretiche sotto l'azione di questa alimentazione vanno man mano migliorando tanto che presto il medico si sente padrone della situazione.

La convalescenza in relazione alla minore gravità e durata del periodo febbrile viene abbreviata.

Concludendo: l'alimentazione che dà i migliori risultati è quella che pur fornendo dalle 18 alle 20 calorie per chilogramma di peso risparmia al massimo il tubo digerente.

RIASSUNTO.

L'A. studia il fabbisogno energetico e proteico dell'ammalato di tifo. Descrive alcuni regimi dietetici usati da diversi clinici e ne mostra il divario e la ragione di esso. Espone le linee direttive da lui usate nell'alimentazione di alcune centinaia di ammalati di tifo mostrando i risultati ottenuti.

BIBLIOGRAFIA.

E. DUBOIS. *The basal metabolism in fever*, 1921.
BENEDICT-CARPENTIER. *Preliminary observations on metabolism during fever.*
ROGER-BINET. *Traité de physiologie normale et pathologique: la fièvre*, 1930.
PARSONS. *Elementi di biochimica*, 1928.
LAMBLING. *Précis de biochimie*, 1921.
ARTUS. *Précis de chimie physiologique*, 1920.
F. BOTTAZZI. *Le basi fisiologiche dell'alimentazione.* Alimentazione, nn. 1-2, 1930.
RONDONI. *I fondamenti biochimici della dieta lattea nell'adulto.* Ibid., n. 3, 1930.
QUAGLIARELLO. *Componenti inorganici degli alimenti e la loro funzione.* Ibid., n. 9, 1930.
VIALE. *La razione alimentare dal punto di vista energetico.* Ibid., n. 4, 1930.
PAUL RIBIERRE, V. DE LAVERGNE. *Fièvre typhoïde*, 1927.
E. SERGENT. *Traité de pathologie médicale et thérapeutique appliquée.*
SCHOTTMÜLLER. *Le affezioni tifose* in MOHR e STAEHELIN. *Trattato di medicina interna.*
STRÜMPEL. *Trattato di patologia speciale medica.*
LEVEN. La clinique, maggio 1927.
GARIN-M. BONCOURENT. Le Journal Médical français, settembre 1929.

SEMEIOTICA.

La prova della funzionalità renale con il carico di fosforo confrontata con altre prove.

R. Weidenreich (*Ztblatt. f. inn. Mediz.*, 18, 1931) ricorda che Brain e Kay hanno proposto una nuova prova funzionale del rene la quale poggia sul concetto di Eichholtz Robison e Brull, secondo cui nel rene esiste un fermento capace di scindere gli estesi dell'acido fosforico: tale fermento è specifico del rene, ed esiste in quantità proporzionale alla massa di parenchima funzionante.

A differenza però di quanto si riteneva in principio, oggi si pensa che l'eliminazione del fosforo nelle urine sia in rapporto più col fosforo anorganico del plasma, che con l'organico.

Nelle malattie dei reni infatti, la percentuale del fosforo anorganico nel sangue aumenta: i fosfati anorganici sono molto aumentati nella uremia.

Malgrado quindi che non si tratti di fosforo organico, pure Kay e Brain hanno veduto che la loro prova funzionale riesce bene, ed in accordo con il quadro clinico.

Essi somministrano 550 mg. di Glicerofosfato di sodio e osservano quanto ne è eliminato nelle ore seguenti; il rene sano elimina più fosforo del rene malato.

Il grande vantaggio di questa prova è quello di essere indipendenti dalla quantità delle urine, e quindi dalla ritenzione idrica.

Il Weidenreich ha ripreso questo metodo di esame funzionale e l'ha adottato in numerosi malati, praticando sistematici confronti con l'azotemia e con i risultati delle classiche prove di Volhard.

Egli ha osservato che la quantità di fosforo emessa in più nelle urine, dopo l'iniezione, oscilla nei sani intorno agli 80 milligrammi.

Nella maggior parte dei casi, in cui l'eliminazione del fosforo fu deficiente, l'azotemia era alta. per quanto riguarda la prova di concentrazione e diluizione, l'A. ha osservato in complesso un discreto parallelismo di risultati; ma non si è convinto che la prova di Brain e di Kay presentava un qualche speciale vantaggio sulle altre: e in questo senso conclude.

V. SERRA.

Ricerche sulla colorazione gialla della pelle nell'insufficienza renale.

Nell'insufficienza renale, specialmente in casi di rene grinzo, si osserva non raramente una speciale colorazione giallo-pallida della pelle.

La colorazione dipende secondo E. Becher (*Münch. Med. Woch.*, n. 45, 1930) da cromogeni urinari che vengono ritenuti nell'organismo e si depositano nei tessuti ed anche nella pelle in seguito all'azione della luce i cromogeni subiscono processi ossidativi e si trasformano nella sostanza colorante. Si sono potuti dimostrare i cromogeni nella pelle dei malati di rene grinzo, come pure nel siero, negli estratti di tessuti e nell'urina chiara emessa dai pazienti affetti da rene grinzo.

R. POLLITZER.

Fisiologia degli ureteri e uroselectan.

L'uretere non è un canale di passaggio passivo, come chiaramente mostrano i getti di urina che si vedono periodicamente espulsi durante le cromocistoscopie. La questione già posta da Pflaumer è se l'urina raccolta nella pelvi arriva alla vescica attraverso l'uretere altrimenti vuoto, o se pelvi e ureteri sono sempre più o meno pieni e l'onda di contrazione procede sull'uretere contenente urina in tutta la sua lunghezza, spingendo una parte del suo contenuto.

Le esperienze di Boeminghaus e di Pflaumer sui cani, le osservazioni pieloscopiche di Beauford, Porcher, Legueu tendevano a far credere che l'urina veniva espulsa dal bacinetto in vescica, attraverso l'uretere in piccole quantità che riempivano l'uretere per brevi tratti.

E. Pflaumer e H. Höcker (*Dts. Zeitschr. f. Ch.*, vol. 229, fasc. 3-5, novembre 1930), dall'osservazione di 149 ureterografie con l'uroselectan hanno potuto cancludere che nell'uomo l'urina non viene spinta dai bacinetti in piccole quantità; che nel maggior numero di casi tutta la porzione lombare dell'uretere è piena; e per lo più anche la restante parte dell'uretere. Quindi essi ritengono che i getti di urina periodici non sono prodotti da singole migrazioni di porzioni di urina discese dal bacinetto nell'uretere, ma da contrazioni peristaltiche forse solo locali dell'uretere che è sempre più o meno pieno di urina. Questi rilievi vanno tenuti presenti nella semeiologia degli ureteri.

P. STEFANINI.

CASISTICA E TERAPIA.

Abuso di tabacco e sclerosi delle coronarie.

K. Pleage (*Deut. med. Wochens.*, 14 nov. 1930) descrive i risultati dell'autopsia di due individui che avevano fumato in modo eccessivo. In entrambi, la sclerosi era limitata alle coronarie con le modificazioni patologiche; era più spiccata nella branca endoventricolare della coronaria destra.

Che questi pazienti non fossero affetti dalle forme consuete di arteriosclerosi è provato dal fatto che i vasi abitualmente lesi da questa (aorta, arterie cerebrali e renali) erano quasi normali. Le alterazioni istopatologiche nelle coronarie erano simili a quelle che si hanno negli altri casi di arteriosclerosi; specialmente notevoli erano le alterazioni della media.

Oltre a tessuto connettivo cicatriziale, che aveva sostituito le fibre muscolari ed elastiche, vi erano delle lesioni recenti di necrosi.

L'A. mette in rilievo che l'anamnesi indicava in questi casi un rapporto con l'abuso di tabacco. La nicotina è riconosciuta, da tempo, come un veleno vascolare che, per mezzo del parasimpatico, agisce sui vasocostrittori, determinando lo spasmo vascolare.

Gli individui che abusano di tabacco muoiono spesso improvvisamente: l'A. ritiene che l'autopsia dimostrerebbe, in questi casi, la sclerosi delle coronarie.

Ad ogni modo è bene ricordare che la nicotina non ha la stessa azione su tutti gli individui e che la sensibilità ad essa varia secondo gli individui. *fil.*

Clinica e patologia del morbo di Raynaud.

In una paziente di 36 anni sofferente di una forma grave di m. di Raynaud che aveva portato a ulcerazioni multiple delle dita venne praticata a sin. l'asportazione del 1° ganglio toracico, dell'ultimo cervicale, la sezione dei rami comunicanti e l'asportazione del simpatico periarterioso dell'arteria succlavia.

Secondo W. Rieder (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 159, f. 1, pag. 1-30, 1930) il successo immediato è stato completo; non solo si notò la sparizione completa dei sintomi a carico della mano sinistra ma si osservò un notevole miglioramento anche dal lato opposto.

La prova dell'acqua fredda e della sudorazione provocata confermarono la guarigione clinica, così la capillaroscopia.

Dopo 4 mesi si ripresentarono dal lato operato lievi sintomi di recidiva; a poco a poco questi aumentarono fino a che si ebbe una recidiva completa.

La malata venne a morte dopo pochi mesi per una malattia intercorrente e l'autore potè studiare istologicamente tutti i gangli del simpatico e tutti gli organi. Anatomicamente controllò come l'intervento avesse raggiunto completamente lo scopo di interrompere le vie simpatiche per l'arto superiore sinistro.

Istologicamente rinvenne cromatolisi parziale e spostamento periferico del nucleo nel ganglio estirpato, lesioni che si rinvengono anche in altre malattie e che non danno nessuna indicazione particolare.

L'unico reperto anomalo è stata la presenza di infiltrazioni linfocitarie e di plasmacellule lungo i piccoli vasi dell'arto superiore d'ambo i lati e localizzate nel tessuto muscolare e nel sottocutaneo.

Per l'assenza di un reperto anatomo patologico e per il ripresentarsi dei sintomi dopo l'interruzione completa delle vie simpatiche, l'A. pensa che occorra ammettere anche per i vasi una rete nervosa autonoma paragonabile a quella dell'intestino. La rete nervosa autonoma del sistema vasale ha, di fronte al simpatico, una importanza secondaria, ma, nell'assenza di questo, è capace di prendere la funzione. Si spiegherebbe così la recidiva dopo un certo tempo dall'intervento. Alla stessa spiegazione portano anche i ripetuti esami capillaroscopici eseguiti nella malata.

P. VALDONI.

Gli estratti pancreatici desinsulinizzati nella cura del morbo di Raynaud.

Giroux e Kisthinios (*Le Bull. Médical*, 9, 1931) portano un nuovo contributo alla conoscenza dell'azione terapeutica di questi preparati, di cui essi stessi hanno per primi vantata l'efficacia vasodilatatrice e ipotensiva.

Si tratta di due casi di morbo di Raynaud, uno dei quali seguito per due anni; la somministrazione dei preparati pancreatici ha avuto una grande efficacia, giacchè i dolori sono scomparsi e i fatti ulcerativi hanno mostrato una netta tendenza alla cicatrizzazione.

In commento a queste osservazioni, gli AA. consigliano vivamente l'uso di questi estratti, magari associandoli a una cura specifica — se vi è fondato sospetto di lues — o ad una opoterapia ovarica. V. SERRA.

Nota sulla influenza degli ematoblasti nella tromboflebite postoperatoria.

R. Grégoire (*Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, n. 31, 6 dicembre 1930, p. 1339) dice che la comparsa di tale complicanza è stata attribuita alla stasi sanguigna, al traumatismo delle vene, alla infezione locale o generale.

Di fronte alla insufficienza di tali cause, che possono essere semplicemente coadiuvanti, si ricercarono le cause di tali complicanze in stati patologici anteriori, quali il raccorciamento del tempo di coagulazione, sulla viscosità più grande del sangue; ma si ottennero risultati contradittorii.

L'A. prese in esame l'aumento eventuale del numero delle piastrine nel sangue circolante di individui affetti da flebite. In 4 malati di tromboflebite post-operatoria gli ematoblasti erano aumentati da 430.000 a 800.000.

In alcuni ammalati, avendo osservato prima dell'operazione un numero di piastrine aumentato, si ebbe una tromboflebite (2 malate operate per fibromiomi uterini).

Ma in 2 altri casi (piosalpingite, fibromioma utero) si ebbero anche flebiti senza che le piastrine fossero aumentate.

In un caso ancora di donna operata per fibromi pur essendovi 900.000 piastrine non vi fu alcuna complicanza.

Grégoire immagina che per aversi una trombollebite post-operatoria occorre prima uno stato patologico del sangue e di poi delle cause coadiuvanti. V. JURA.

Embolectomia della femorale comune, seguita da successo.

R. Bernard (*Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, numero 34, 27 dic. 1930) riferisce l'osservazione di una donna di a. 51 affetta da cardiopatia scompensata; essa nell'alzarsi dal letto avvertì dolore violentissimo alla metà della coscia, il quale in 10 minuti raggiunse la massima intensità, con formicolii dolorosissimi nel resto dell'arto, come se questo fosse morto. La coscia si presentava violacea, mentre la gamba ed il piede erano lividi; l'aspetto della paziente era congestionato; impotenza quasi completa della coscia, assenza della pulsazione sulla pedidia e sulla poplitea; le pulsazioni della femorale all'anello crurale erano nettissime; sensibilità abolita del piede fino al ginocchio. Tensione arteriosa agli arti superiori 19 mentre prima della embolia era 13; assenza di oscillazioni fino alla radice della coscia dell'arto ammalato.

Alla sesta ora dalla embolia l'ammalata fu operata, scoprendo la femorale al triangolo di Scarpa: 3 cm. al disotto dell'arcata crurale l'arteria è immobile. Arteriotomia nella femorale superficiale e sul tratto alto sulla femorale, spremitura della arteria, fuoriuscita del sangue, sutura. L'arto si ricolora leggerissimamente e l'oscillometria è ancora negativa subito dopo l'operazione. Però dopo 24 ore incominciò il miglioramento delle condizioni circolatorie dell'arto, così come della sensibilità, il miglioramento seguì progressivamente, ma si presentò un equinismo pronunciatissimo, irriducibile anche nei periodi successivi dopo la guarigione, dovuto ad una retrazione ischemica del tricipite surale. Però mancarono i segni di una ripresa della circolazione nel territorio della femorale superficiale.

L'A. mette in rilievo tali fatti, di non facile interpetrazione, e che da Mathieu sono imputati a piccoli emboli, i quali abbiano potuto raggiungere le arterie distali, causando delle trombosi secondarie.

La paziente operata da Bernard ha acquistato una buona funzione dell'arto in equinismo, ed una limitata sensibilità della cute.

V. JURA.

Contributo alla cura degli emboli dell'aorta addominale.

P. Orwermann (*Deut. z. Chir.*, vol. 230, fasc. I, 1931) riporta un caso proprio di embolo alla biforcazione dell'aorta curato con successo operativamente.

Ricorda che di 21 casi della letteratura 2 solo ebbero esito felice gli altri essendo terminati con la morte. Nel proprio caso dovette in secondo tempo amputare la gamba sinistra, ma il paziente è sopravvissuto. Tipico con questi casi è il dolore bilaterale agli arti inferiori che divengono freddi e ischemici. V. GHIRON.

Ricerche sull'embolia grassosa.

H. v. Seemann (*Dsch. z. Chir.*, genn. 1931, vol. 230 fasc. 1), con ricerche su malati e su animali ha potuto notare come dopo le operazioni asettiche, qualsiasi mezzo di anestesia venga adoperato, si ha un aumento di contenuto in grasso nel sangue, non solo, ma anche un alterazione dello stato chimico-fisico dei grassi nel sangue. Uguale fenomeno si constata nei traumatizzati. Così viene in parte spiegata la frequenza relativa di embolie grassose nei fratturati.

Negli animali l'A. avrebbe trovato embolie grassose nei polmoni e accumulo di grasso nelle cellule stellate.

Come cura l'A. consiglia il salasso, l'ipodermoclisi, l'ipofisina e la tiroxina.

V. GHIRON.

RUBRICA DELL' UFFICIALE SANITARIO

La difesa contro le malattie trasmissibili dagli animali all'uomo.

La profilassi delle malattie infettive trasmissibili dagli animali all'uomo è disciplinata da apposite disposizioni regolamentari la cui applicazione rientra nella competenza dei veterinari provinciali e comunali. Queste disposizioni però non devono essere ignorate dall'ufficiale sanitario, che ha la direzione di tutti i servizi igienico-sanitari del Comune, e che, in caso di necessità, può trovarsi a dover sostituire il veterinario nelle sue mansioni di carattere profilattico.

Senza perciò illustrare nei loro particolari le norme legislative riguardanti le malattie infettive degli animali in genere, accenneremo sommariamente a quelle che si riferiscono alle infezioni trasmissibili anche all'uomo.

Il T. U. delle leggi sanitarie negli art. 193 e 194 stabilisce le misure fondamentali contro la diffusione delle malattie infettive degli animali, ed il regolamento sanitario 3 febbraio 1901 (art. 154-158) detta le norme per la loro applicazione, norme che vengono poi più particolarmente definite nel regolamento speciale di polizia veterinaria 10 maggio 1914 n. 533 e nelle relative istruzioni 20 giugno 1914.

La denunzia delle malattie infettive o diffusive, accertate o sospette, degli animali, e dei casi di morte improvvisa non riferibile a malattia comune già accertata (art. 2 del Reg. di P. V.), è obbligatoria per i veterinari, curanti, per i veterinari che, ispezionando animali vivi, macellati o morti, abbiano osservato sintomi o lesioni di tali malattie; per i proprietari o de-

tentori di animali; per gli albergatori, conduttori di stalle di sosta ed esercenti le mascalcie; per i capistazione di ferrovie o tramvie o per i conduttori di pubblici mezzi di trasporto per i casi avvenuti durante il carico, lo scarico o il viaggio di animali; per i direttori di scuole od istituti veterinari o zootecnici; di depositi di stalloni o di animali miglioratori; per l'autorità militare cui sono affidati animali di servizio; per i RR. carabinieri o agenti di pubblica sicurezza o finanza, forestali, comunali, ecc., venuti a conoscenza di casi di malattia infettiva o diffusiva.

Le malattie che più interessano l'uomo, ai fini della profilassi, sono la *rabbia*, il *carbonchio ematico* e la *morva* o *farcino*. A loro riguardo l'art. 154 del Regolamento generale sanitario prescrive che, ricevuta la denunzia di un caso, nell'uomo o negli animali, di carbonchio ematico, di morva o di rabbia, l'autorità sanitaria debba rintracciarne l'origine e prendere tutti i provvedimenti di polizia sanitaria atti ad impedire il propagarsi del contagio. Per il carbonchio e per la morva basti ricordare che il regolamento di polizia veterinaria indica le misure da adottare tanto per gli animali malati o sospetti, come per i cadaveri, misure che sono di competenza del veterinario, mentre i provvedimenti relativi ai casi nell'uomo rientrano fra quelli generali di profilassi delle malattie infettive. Più ampia illustrazione meritano invece le disposizioni concernenti *la profilassi e la cura della rabbia*.

Profilassi (art. 155-158 Reg. gen. sanit.; articoli 48-53 reg. pol. vet.). È obbligatoria la denunzia, da parte dei proprietari e detentori di cani, di qualsiasi fatto che dia a sospettare lo sviluppo della rabbia in questi animali. Il cane sospetto, quando non venga ucciso, sarà isolato e tenuto in osservazione, per almeno quattro mesi, sotto la vigilanza dell'ufficiale sanitario o del veterinario. Gli animali riconosciuti rabidi devono essere uccisi e ne è vietato lo scuoiamento; i loro cadaveri saranno resi innocui secondo le istruzioni date dall'ufficiale sanitario; la località da essi occupata sarà disinfettata. Gli animali morsicati da altri riconosciuti affetti da rabbia o sospetti o rimasti ignoti, devono pure essere uccisi o isolati come i sospetti. Quando detti animali hanno morsicato persone, dovranno, ogni volta che è possibile, esser tenuti in osservazione per accertare se siano o no rabidi. Sui cadaveri degli animali sospetti, che abbiano morsicato altri animali o persone, si eseguirà l'accertamento della rabbia, inviandone la testa al laboratorio provinciale di vigilanza o ad un istituto antirabico.

All'infuori dei casi di morsicatura, è prescritta in ogni Comune, la denunzia dei cani da parte dei detentori e la loro registrazione nell'ufficio comunale. I cani, per le vie e nei luoghi pubblici, quando non sono condotti col guinzaglio, devono esser muniti di museruola conforme alle prescrizioni del regolamento di igiene; solo i cani da guardia, nei limiti dei luoghi da sorvegliarsi, e quelli da pastore e da caccia, quando vengono effettivamente adibiti come tali, possono esser tenuti senza museruola. I cani vaganti, senza museruola, debbono essere accalappiati e sequestrati, e, se non vengono richiesti, uccisi, dopo sei giorni, o concessi ad istituti scientifici, salvo che risultino affetti da rabbia. In un Comune ove si siano constatati casi di rabbia, o il cui territorio sia stato percorso da un cane rabido, il Podestà dovrà prescrivere che per sei settimane i cani, anche muniti di museruola, siano condotti col guinzaglio e che, quelli accalappiati, vengano restituiti solo dopo un periodo di osservazione di quattro mesi.

Cura. La cura degli individui morsicati da animali rabidi o sospetti, si fa negli *istituti antirabici*, i quali, oltre che all'accertamento diagnostico della rabbia, provvedono alla preparazione del vaccino antirabico. L'apertura degli istituti antirabici è subordinata all'autorizzazione del Ministero dell'Interno, analogamente a quella degli altri istituti vaccinogeni e sieroterapici. Essi sono gestiti dalle Amministrazioni comunali o provinciali, da ospedali, o da cliniche o istituti universitari, e l'articolo 7 del R. decreto 30 dicembre 1923, numero 2889, sulla riforma degli ordinamenti sanitari, ha stabilito che spetta alla Provincia di provvedere ai servizi per la cura antirabica, se ed in quanto non vi provvedano i Comuni o altre pubbliche istituzioni.

Nel Regno vi sono attualmente 17 istituti antirabici, ma per agevolare il trattamento dei morsicati, anche in località lontane dalla sede di un istituto, il Ministero dell'Interno autorizza, sotto opportune garanzie, l'impianto di *ambulatori o dispensari antirabici*, funzionanti come sezioni staccate degli istituti stessi, dai quali vengono vigilati e periodicamente riforniti del vaccino fenicato, che come è noto, a differenza del vaccino preparato col metodo Pasteur, può essere inviato a distanza e conservato. Di tali ambulatori antirabici ne esistono già ventisei distribuiti in vari Comuni. Così per questi, come per gli istituti veri e propri, è opportuno ricordare che ai rispettivi direttori corre l'obbligo di denunziare al Podestà del Comune di provenienza gli individui morsicati che si presentano per la cura e di segnalare l'inizio, la fine e l'esito di questa, o le ragioni per le quali eventualmente non venga intrapresa. A quest'obbligo, sancito nella circolare ministeriale 22 ottobre 1918, si aggiunge, per gli istituti che eseguiscono accertamenti diagnostici della rabbia, anche quello di dar notizia, alla suddetta autorità, del resultato degli esami praticati su cervelli, midolli, ecc., di animali rabidi o sospetti inviati dai Comuni o da privati.

La notevole diminuzione dei casi di rabbia dichiarata nell'uomo, che, dopo una recrudescenza verificatasi qualche anno fa (150 casi denunziati nel 1924 e 163 nel 1925), sono discesi a 45 nel 1929 ed a 28 nel 1930 (la più bassa cifra dopo l'anno 1915), dimostra l'efficienza delle vigenti disposizioni di polizia veterinaria e l'utilità delle istituzioni destinate alla cura dei morsicati. A. FRANCHETTI.

VARIA.

L'ipertermia congenita.

(TROISIER. *Annales de Médecine*, nov. 1930).

Nella specie umana la fissità della temperatura centrale a 37°, con le oscillazioni quotidiane mattutine e serali, è un dato sufficientemente stabilito perchè ogni deviazione da essa presenti all'occhio del clinico un valore semiologico di prim'ordine. Ma è d'altronde certo che esistono delle variazioni individuali notevoli, esistendo degli individui in cui la temperatura media è di 5 o 6 decimi di grado più alta o più bassa di quella di altri. Naturalmente bisogna distinguere da questi stati ipertermici fisiologici, le febbricole prolungate, di più o meno difficile diagnosi eziologica, e che nei bambini sono causate da infezioni criptiche del rino-faringe, da enterocoliti con o senza appendicite cronica, da adenopatie tracheo-bronchiali, tubercolari o non, da pielocistiti latenti. Nei bambini agitati e nervosi bisogna inoltre tener conto della ipertermia da stanchezza, dopo giuochi, corse, e spesso in rapporto con la instabilità tiroidea.

Negli adulti vi sono delle ipertermie non patologiche come quelle, p. es., che si hanno in alcune donne, iperovariche, ipertricotiche e simpaticotoniche, nelle quali 12 o 14 giorni prima delle regole mestruali la temperatura si eleva di 5 o 6 decimi e resta a questo livello sino al primo giorno di mestruazione. Note sono anche le febbri da nevrosi vasomotrici senza che si riscontrino note certe di ipertiroidismo.

Interessante è a questo riguardo il caso descritto dall'A. di un uomo di 31 a., ricoverato in ospedale per lombaggine, la cui temperatura centrale (rettale) oscillava fra 38,4 la mattina e 38,8 come media la sera giungendo anche sino a 39,1. Interrogato il paziente, si seppe che egli aveva avuto sempre, a sua memoria, temperature analoghe alle suddette: non solo, ma che anche suo padre, già morto, aveva durante tutta la vita avuto una elevazione abituale intorno ai 39,5. Fu esclusa ogni possibilità di stato patologico febbrile, o di ipertermia isterica ed ogni tara endocrina.

L'A. dovette quindi ammettere di trovarsi di fronte ad un caso di ipertermia congenita, trasmissibile per eredità diretta, probabilmente un carattere dominante nel senso mendeliano della parola.

L'interpretazione di questo stato anomalo dell'apparato termo-regolatore rimane naturalmente molto dubbia.

G. LA CAVA.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al Dott. Paolino. Abb. 1792:

1) Il problema della diagnostica differenziale della stipsi spastica da quella atonica non può essere trattato in una breve risposta. Le consiglierei di consultare le relazioni sulla « Stitichezza abituale » del XXXIII Congresso italiano di Medicina interna e XXXIV di Chirurgia, tenutisi nel 1927, di cui il nostro giornale ha dato un breve sunto nel vol. XXXIV, p. 1702 e segg.

2) L'effervescenza osservata con l'aggiunta di liquido di Esbach all'urina è dovuta con tutta probabilità al fatto che questa era alcalina ed ha reagito vivamente con l'acido citrico contenuto nel liquido di Esbach.

A. F.

All'abb. 5084, da M.:

In qualunque trattato di igiene troverà i metodi di profilassi delle malattie infettive, p. es. nel *Prontuario dell'Igienista* di A. FILIPPINI (L. Pozzi ed., Roma). Consulti anche: V. CHIODI e G. MANSUINO. *Guida per i medici pratici nell'assistenza di alcune più importanti malattie infettive*, L. Battistelli ed., Firenze. Sotto un particolare punto di vista, può essere utile anche il seguente: G. TRON. *La profilassi immunitaria delle malattie infettive.* Istituto Sieroterapico Milanese. R. P.

Al dott. A. T., abb. 8877:

Nel miele è contenuta una piccola quantità di vitamina B. *fil.*

All'abb. n. 8721:

Nessun inconveniente nell'uso dell'agomensina-endovarina ecc. in malate che abbiano tendenza emoftoica, e neppure l'uso di coaguleno, zimema ecc. è controindicato dalle mestruazioni in corso. G. M.

Al dott. R. S. da R.:

Il periodico mensile *Hygeia*, pubblicato dall'« American Medical Association » (North Dearborn Street, 535, Chicago, Ill., S. U. d'A.), è destinato alla propaganda igienica e risponde ottimamente allo scopo; l'abbonamento annuo importa dol. 3,5. A. P.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Natalità ed eugenica.

I giornali della capitale hanno pubblicato:

« Il Governatore di Roma, con alta comprensione fascista, ha deliberato la istituzione di sei premi annuali di natalità, per un *quinquennio*, a decorrere dal 1932, nell'intento di esaltare la sana fecondità delle famiglie romane.

« Anzichè corrispondere somme in denaro, il Governatore, nella considerazione che generalmente, per famiglie modeste e con numerosa prole, la pigione assorbe parte troppo notevole del reddito familiare, o l'abitazione non corrisponde ad esigenze igieniche e morali, ha ritenuto che il migliore e più ambìto premio per tali famiglie sia il dono di una casetta adeguata ai bisogni.

« Per queste considerazioni ciascuno dei sei premi, che verranno conferiti ogni anno nella ricorrenza del 21 Aprile, consisterà nella proprietà di una casetta o alloggio popolare di almeno quattro vani e cucina, che non potrà essere nè venduto, nè ipotecato, nè vincolato in qualsiasi modo, nè subaffittato durante un trentennio dall'assegnazione.

« A tali premi potranno concorrere genitori legalmente coniugati e conviventi nella città di Roma, i quali nel quadriennio precedente abbiano avuto almeno tre figli nati nell'Urbe e che siano viventi.

« Saranno esclusi coloro che siano affetti da malattie trasmissibili, dediti all'alcoolismo, o comunque non in buone condizioni di salute, le quali possano avere influenza sulla robustezza della prole. E ciò nel concetto di premiare la sana fecondità.

« Saranno pure esclusi quanti non risultino di buona condotta morale e politica.

« Verranno tenute in particolare considerazione le condizioni economiche della famiglia.

« Il premio di natalità può conseguirsi una sola volta, e sarà conferito, con giudizio insindacabile, dal Governatore, su proposta di apposita Commissione presso l'Ufficio di assistenza sociale del Governatorato.

« A suo tempo verranno indicate le modalità per la presentazione e documentazione delle domande ».

La deliberazione del Governatore di Roma ha un significato che merita di essere meditato.

Per la prima volta in Italia in un atto che può dirsi di Governo viene affermata la opportunità che i genitori meritevoli di prolificare siano fisicamente e mentalmente sani.

Il premio di natalità viene conferito non a quelli che abbiano più prole in senso assoluto, ma a quelle famiglie con prole numerosa i cui genitori siano esenti da malattie trasmissibili, non siano dediti all'alcoolismo, e che comunque non presentino condizioni di salute le quali possano avere influenza sulla robustezza dei figli.

Se questi premi di natalità fossero generalizzati potrebbero considerarsi la prima tappa verso l'istituzione del certificato prematrimoniale.

In effetti è la prima volta che l'incitamento alla proliferazione viene limitato dall'elemento medico.

I premi di natalità saranno evidentemente assegnati solo dopo che un accertamento sanitario stabilirà lo stato di salute dei genitori, e ciò a prescindere da quelle che possono essere le effettive condizioni di salute della prole.

La finalità cui tende il provvedimento è quella di evitare che genitori comunque avariati si abbandonino ad una prolificazione dannosa a tutti.

Lo Stato, ammonisce la deliberazione governatoriale, vuole cittadini numerosi per le sue esigenze presenti e future, ma li vuole essenzialmente sani e gagliardi, tali insomma che possano efficacemente concorrere allo sviluppo della razza e che non siano d'inutile peso alla società.

Tali che costituiscano una forza e non una debolezza.

È la valutazione qualitativa che s'innesta su quella quantitativa.

Quali che possano essere gli ulteriori sviluppi dei concetti informatori della istituzione dei premi di natalità, che più propriamente potrebbero chiamarsi di natalità eugenica, è certo che essi hanno un notevole valore di propaganda nel popolo.

Purtroppo tutte le discussioni riguardanti l'eugenica in Italia sono rimaste nel campo chiuso dei biologi, ed appena hanno sfiorato le altre classi colte.

L'esistenza di questa quistione, che in alcuni paesi pure non essendo risolta ha fatto passi giganteschi, viene ora portata direttamente sulla ribalta della nostra vita pubblica.

I medici non possono che felicitarsi con chi ha escogitato il benefico provvedimento.

Pangloss.

LE NOSTRE CLINICHE.

Il reparto di Neuropsichiatria infantile ed altre integrazioni nella Clinica neuropsichiatrica della R. Università di Roma.

S. De Sanctis, commemorando nell'Aula della R. Accademia Medica di Roma, Giovanni Mingazzini, terminava il suo dire con queste precise parole: « Quando si commemora un Collega che diè tanto lustro alla nostra Scuola di Medicina una viva speranza sorge in noi: che l'opera sua continui ad illuminare le menti dei nostri giovani. Ebbene, la vasta opera di Giovanni Mingazzini, nella Clinica che fu sua resterà salda e attiva. Di ciò, dinanzi alla Famiglia del compianto Collega, dinanzi ai suoi amici e ai suoi discepoli, io, suo successore, mi dichiaro garante ». Crediamo che nessuno degli ascoltatori che conoscono Sante De Sanctis abbia ritenuto tale promessa una mera espressione retorica; tutti che conoscono le sue convinzioni, il suo entusiasmo e il suo carattere non dubitarono che egli avrebbe mantenuto la promessa.

Nella Prolusione al suo corso, tenuta il 15 novembre 1930, prolusione che venne pubblicata nella *Rivista di Freniatria* (il periodico che riassume la tradizione e la storia della Psichiatria Italiana), il pensiero di Sante De Sanctis si rivelò con la consueta cristallina limpidezza e con tutte le sue integrazioni. Egli espose in modo esplicito e inequivocabile le direttive e i programmi del suo insegnamento neuropsichiatrico. Tenne a porre subito in chiaro che la duplicità dell'insegnamento clinico riunito nella denominazione di *Neuropsichiatria*, non poteva in alcun modo porre la vecchia psichiatria in appendice alla neuropatologia; che si doveva ricordare invece che la psichiatria è la specialità che sopratutto deve essere insegnata in una Clinica Neuropsichiatrica; e ciò non solo per ragioni pratiche di alta importanza sociale e perchè la tecnica dell'esame del malato di mente richiede studio ed esercizio del tutto particolari, ma anche per tributare il dovuto onore alla tradizione italiana. Sante De Sanctis seppe assai opportunamente celebrare i fasti della Scuola Italiana di Psichiatria dall'opera precorritrice di Vincenzo Chiarugi a quella di Andrea Verga e a quella della Scuola di Reggio Emilia. Prospettati i problemi scientifici, clinici e sociali più moderni, la materia psichiatrica apparve vivificata nella sua interezza; s'intravide in uno scorcio sintetico il vecchio glorioso ceppo della Psichiatria Italiana rinverdirsi degli apporti più recenti e delle più recenti conquiste di studiosi nostri e stranieri.

Sante De Sanctis si pose subito all'opera per realizzare il suo programma, per quanto abbia incontrate subito non poche difficoltà. Ma chi conosce il suo carattere può assicurare che il programma sarà compiuto: esso del resto, seppure con prudente lentezza, si è svolto e si va svolgendo con fede sicura.

Crediamo utile per il pubblico medico di far conoscere intanto quello che si sta facendo nella R. Clinica Neuropsichiatrica a vantaggio degli studi psicopatologia e di alienistica pratica.

1° *Laboratorio psicopatologico.* — La creazione di questo laboratorio non vuole affatto significare un'affermazione di un qualsiasi esclusivo indirizzo. Sante De Sanctis ha ritenuto sempre unico essere l'indirizzo in Clinica psichiatrica, quello clinico-sincretico. Tuttociò che l'anatomia, e non solo l'anatomia delle vie, ma la fine istologia e la tettonica può aver dato e può dare è da lui accettato e largamente utilizzato; ma il problema non è esaurito quando venga considerato soltanto dall'aspetto anatomico e in genere neurologico. Quindi necessità di integrare il laboratorio sierologico con il laboratorio chimico (il che anche si sta facendo) e sopratutto necessità di sviluppare la Semeiotica psichiatrica; il che non poteva essere fatto che attraverso il Laboratorio psico-patologico. La Psicopatologia per Sante De Sanctis non rappresenta un indirizzo, ma un metodo; un metodo che deve essere sviluppato perchè possa rendere quanto se ne attende, d'accanto al metodo neurologico.

2° *Reparto di Neuropsichiatria infantile.* — Già nel discorso di chiusura del Congresso della *Società Freniatrica italiana* nel 1922, Sante De Sanctis, riassumendo la sua attività scientifica in questo campo, lumeggiò l'importanza della Neuropsichiatria infantile, sia dal punto di vista scientifico per lo studio genetico delle malattie mentali, sia dal punto di vista psicologico, sia da quello pratico assistenziale. Non poteva mancare nella organizzazione della Clinica Neuropsichiatrica tale Reparto. Naturalmente all'estero si fa ancora di più; in alcune Università, comprese quelle di Berlino e di Parigi, si hanno reparti speciali per la *Neuropsichiatria Infantile*.

Il *Reparto di Neuropsichiatria infantile* della nostra Clinica è costituito da due Sezioni: sezione di *passaggio* e sezione di *soggiorno;* da una Sala specializzata per gli esami dei fanciulli neuropatici e psicopatici, nella quale dei piccoli pazienti si può fare una completa *valutazione*, sia dal punto di vista somatico, morfologico e fisiologico (determinazione dell'età somatica, della costituzione fisica), sia dal punto di vista psichico (determinazioni di livello intellettuale, valutazione dell'organizzazione del carattere, ecc.).

Per i ragazzi, per i quali occorre un certo periodo di osservazione, sono state apprestate, vincendo numerose difficoltà, due grandi Sale, che formano il *Centro di osservazione* propriamente detto e nel quale vengono ricoverati per un periodo di tempo, che in generale non supera i cinque giorni, i ragazzi inviati da tutte le organizzazioni che si occupano dell'assistenza ai fanciulli, oppure che dalle famiglie vengono condotti all'Ambulatorio. Il reparto consta, per ora, come è stato detto, di due grandi Sale; la prima, o *Sala di soggiorno*, ampia, piena di luce, bene

arieggiata, e decorata e mobiliata con gusto e semplicità, ospita i ricoverati durante il giorno e serve anche da Refettorio. La seconda, adibita a Dormitorio, anche questa molto ampia, contiene dieci letti. Di ogni ragazzo visitato, sia nell'Ambulatorio, sia nel Centro di Osservazione, viene redatta, dai medici addetti al Reparto, una speciale storia clinica, corredata di tutte le ricerche cliniche necessarie.

Il compito dei medici viene poi integrato da una Assistente sanitaria, che compie le necessarie inchieste al domicilio dei piccoli ricoverati. L'Assistente sanitaria, per quest'anno favoritaci gentilmente dalla Presidente dell'Opera delle Assistenti sanitarie della C. R. I., verrà d'ora in avanti adibita in modo fisso nel Reparto.

Da pochi mesi il Reparto è in funzione; pure già un discreto numero di ragazzi è stato da noi osservato e curato. A dimostrazione di ciò riportiamo qui alcune cifre statistiche.

Nella *Sez. di passaggio* furono visitati ambulatoriamente 120 fanciulli: 63 maschi e 57 femmine. Erano: di età inferiore ai 6 anni 38, dei quali 22 maschi e 16 femmine; dai 6 ai 10 anni 33, dei quali 22 maschi e 11 femmine; dai 10 ai 15 anni 31, dei quali 12 maschi e 19 femmine; dai 15 ai 18 anni 18, dei quali 7 maschi e 11 femmine. Nella *Sez. di soggiorno* furono ricoverati 42 fanciulli: dei quali 28 maschi e 14 femmine. Erano di età inferiore ai 6 anni, 9, dei quali 7 maschi e 2 femmine; dai 6 ai 10 anni 14, dei quali 9 maschi e 5 femmine; dai 10 ai 15 anni 6, dei quali 5 maschi e 1 femmina; dai 15 ai 18 anni 13, dei quali 7 maschi e 6 femmine.

3° *Trasporto dell'Insegnamento di Neuropsichiatria Infantile nella R. Clinica Neuropsichiatrica.* — Da qualche anno anche in Italia si è cominciato a comprendere l'importanza dello studio dell'infanzia anormale. Tra le materie che si insegnano all'Accademia Fascista di Cultura fisica figura la psicologia (F. Banissoni) e la psicopatologia dell'età evolutiva (Carlo De Sanctis). L'insegnamento della Neuropsichiatria infantile figura altresì nei programmi per il conseguimento del diploma di Puericultura (istituiti dall'Opera Nazionale Maternità e Infanzia) e nei programmi per la specializzazione in Pediatria. Sono questi insegnamenti che vengono ora tenuti nella Clinica con evidente vantaggio, se non altro, dato il concentramento del materiale di studio.

Uno di noi (Carlo De Sanctis) ha tenuto nel Reparto il suo corso di libera docenza, svolgendo appunto un programma di neuropsichiatria infantile. Nelle prime lezioni egli espose quel tanto che è necessario conoscere sulla età evolutiva, sia per quanto riguarda la crescenza fisica e le sue leggi, sia per quanto riguarda lo sviluppo psichico. Una speciale lezione fu dedicata allo sviluppo del sistema nervoso. Un secondo gruppo del programma svolto fu la tecnica dell'esame dei soggetti nell'età evolutiva, come cioè si proceda a una *valutazione* completa psicofisiologica (età somatica, età mentale, età morale). La terza e più ampia parte del programma fu dedicata alla Clinica; numerosi casi furono presentati, tratti in parte dal Reparto della Clinica e dal suo Ambulatorio, parte dagli Asili-Scuola di Roma. Nell'ultima lezione fu trattata la questione dell'Assistenza dell'infanzia anormale, come è tracciata e come è realizzata in Italia.

Il corso fu frequentato assiduamente dai medici perfezionandi in Pediatria. Del resto già da tre anni la Neuropsichiatria Infantile fa parte delle materie di insegnamento di tale corso di perfezionamento (1).

4° *Ospitalità nei locali della Clinica alla Scuola di Psicologia Sperimentale.* — Sante De Sanctis, accedendo all'invito del Preside della Facoltà e rispondendo al desiderio espresso da vari psicologi italiani offriva ospitalità nella Clinica alla Scuola di Psicologia sperimentale di cui attualmente è incaricato il prof. Ferruccio Banissoni. Il gesto ospitale di Sante De Sanctis ha un significato intrinseco, anche se il suo successore nella cattedra trovasse difficoltà per accettarla. Certamente tale vicinanza non potrà portare che reciproca utilità.

5° *Insediamento nella Cinica della Presidenza della Lega Italiana di Igiene e Profilassi mentale e della Sezione Laziale.* — Questo fatto è modesto, ma significativo. Gli studi psichiatrici non possono e non debbono essere avulsi dalla vita. Come sterili sarebbero delle indagini anatomopatologiche se non venissero a lumeggiare la clinica, così sterile sarebbe la clinica psichiatrica se si limitasse alla nosografia e alla patologia delle malattie neuropsichiche. L'« alienistica » d'altra parte non può e non deve limitarsi alla custodia dei malati di mente e alla semplice protezione dell'alienato e della società verso gli alienati antisociali. L'alienista non può disinteressarsi della profilassi e dell'igiene mentale. E così pure l'assistenza non può e non deve irrigidirsi nell'assistenza manicomiale.

Oggi l'assistenza degli alienati si orienta principalmente verso l'assistenza aperta, ed è appunto compito della *Lega per l'Igiene e la Profilassi mentale* svolgere opera per lo sviluppo dell'Assistenza aperta e del Servizio sociale, secondo le direttive dei Congressi Nazionali e Internazionali e secondo le direttive ormai accettate dalle principali Cliniche dell'Estero.

Verso tale direzione, adunque, deve essere, a parere di Sante De Sanctis, indirizzata l'attività di qualsiasi persona che voglia occuparsi di malattie mentali.

CARLO DE SANCTIS — ADOLFO FANTINI —
VITTORIO CHALLIOL — ALDO CACCHIONE.

---

(1) Lo stesso docente ha anche tenuto lezione di Neuropsichiatria infantile nei numerosi corsi di puericultura istituiti dall'O. N. M. I. per i medici condotti; alle Assistenti sanitarie della C. R. I.; e agli allievi dell'Accademia Fascista di educazione fisica (psicopatologia della età evolutiva). Dal che si deduce che l'importanza della neuropsichiatria infantile fu riconosciuta prima dai pediatri che non dalla psichiatria ufficiale.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ABBIATEGRASSO (*Milano*). *Ospedale di Circolo « Costantino Cantù »*. — A ore 18 del 31 ag., assistente; L. 6000 da decurtarsi del 12 % e 4 quinquenni dec., abitaz.; tassa L. 50,10 all'Amm.ne dell'Opera Pia; età lim. 30 a.; doc. a 3 mesi dal 9 lug.

AREZZO. *Amministr. Provinc.* — Coadiutore della Sez. med.-micrograf. del Laborat. Prov. d'Igiene e Profilassi; scad. ore 18 del 15 ott.; titoli ed esami; L. 11.000, 5 quadrienni dec. e c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 16 lug.; serv. entro 15 gg. Tassa L. 50,10. Chied. ann.

ATTIGLIANO (*Terni*). — Scad. 11 ag.; L. 8000 e 3 quinquenni dec., oltre L. 600 serv. att., L. 1200 indenn. supplementare, L. 500 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.

BOLOGNOLA (*Macerata*). — A ore 11 del 10 ag.; L. 9000 ridotte del 12 %, con 3 quadrienni dec., oltre L. 600 uff. san., L. 200 arm. farm., c.-v.; età lim. 35 a., doc. a 3 mesi dal 7 lug., tassa L. 50.

BUSTO ARSIZIO (*Varese*). — Per titoli ed esami. Medico direttore del Dispensario Celtico Comunale. Stipendio L. 6000 annue, senza aumenti periodici ed altre indennità. Scadenza 31 agosto 1931. Tassa L. 50,10. Per chiarimenti rivolgersi Segreteria Municipale.

CAMPAGNANO DI ROMA (*Roma*). — Scad. 15 ag.; pel capoluogo e per Magliano Romano; L. 9500 ciascuno.

CAMPOLONGO MAGGIORE (*Venezia*). — Scad. 5 sett.; 1° reparto; L. 9000 oltre mezzo trasp., L. 500 se uff. san., c.-v.

CASTIONS DI STRADA (*Udine*). — A tutto 15 ag.; L. 9000 oltre L. 500 serv. att., L. 800 uff. san., c.-v., L. 1000-1500-3000 trasp.; riduz. 12 %.

CHIAVASSO (*Torino*). — Scad. 30 sett.; 1ª condotta; rivolgersi segreteria comun.

CONSELICE (*Ravenna*). — Scad. 30 sett.; per San Patrizio-Chiesanuova; L. 9000 e 10 bienni ventesimo oltre L. 2500 trasp., c.-v., età lim. 40 a.; tassa L. 50.

DOGLIOLA (*Chieti*). — Scad. 10 sett.; L. 8700 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

GHISALBA (*Bergamo*). — Scad. 31 ag.; con Cavernago; L. 6500 e addizionale di L. 2 e di L. 5 per tutti gli inscritti (assist. farmaceut. o medico-farmac.), oltre L. 1000 trasp., L. 500 uff. san., e c.-v.; deduz. 12 %; età lim. 35 a.; doc. a un mese; tassa L. 50. Chied. ann.

GREVE (*Firenze*). — Scad. 15 sett.; capol.; lire 8500 decurtabili del 12 %; 8 trienni dec.; c.-v. ai coniugati; p. cavalc. L. 3000; p. uff. san. L. 800; età lim. 35 a.; tassa L. 25.

LEZZENO (*Como*). — Scad. 15 ag.; L. 9000 per 400 pov., addizion. L. 5, trasp. L. 700, ambulat. L. 500, se uff. san. L. 700; deduz. 12 %; doc. a 3 mesi dal 5 lug.; tassa L. 50. Chied. ann.

MALFA (*Messina*). — Scad. 11 ag.; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1700 cavalc., L. 475 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.

MASSAFISCAGLIA (*Ferrara*). — Scad. 15 ag.; 1ª cond., L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre assegno complement. L. 2520 per ammogliati, L. 2160 per celibi; L. 2500 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

MOSCHIENA (*Fiume*). — Scad. 15 ag.; L. 8000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 320 serv. att., L. 1000 uff. san.; riduz. 12 %; L. 800-2500-4000 trasp.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

MOTTA CAMASTRA (*Messina*). — Scad. 30 sett.; L. 8700 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 uff. san., L. 2000 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

ORIA (*Brindisi*). — Scad. 20 sett.; L. 8000 riducibili 12 %; addizionali L. 3 e L. 5 oltre 1000 e 1500 poveri; 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

OSIMO (*Ancona*). — Per titoli. Stipendio lordo L. 8000. Indennità caro viveri nella misura e per il tempo che sarà percepita dal personale Sanitario del Comune. Domanda, documenti di rito bollati e regolarizzati a sensi di legge. Scadenza 10 agosto. Chiedere bando di concorso alla Segreteria del Comune.

ROCCASTRADA (*Grosseto*). — 3ª cond.; scad. 31 lug.; L. 9000 ridotte 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

ROMA. *Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali*. — Un medico aiuto e cinque medici assistenti presso l'Ospedale in Galliera Veneta (Padova). Un medico assistente presso l'Ospedale in Bioglio (Novara). Scad. 31 agosto. Titoli ed esami. Età lim. 35 a. Stip. L. 6500 per l'aiuto, L. 5000 per gli assistenti, oltre indennità di L. 2000 per ciascuno. Chiedere annunzio alla Direz. Gen. (Serv. Personale), via Minghetti 17, Roma.

SARNO (*Salerno*). *Consorzio Prov. Antitubercolare*. — Direttore del dispensario; L. 6000; età lim. 45 a.; tassa L. 50; titoli, eventualm. esami; scad. 20 ag.

SENIGALLIA. *Ospedale Civile*. — Chirurgo direttore; a tutto l'8 ag.; obbligo consulenza in tutto il territorio del Comune; L. 8800 e 12 bienni ventesimo, oltre c.-v. e L. 1760 per incarico direzione, L. 1760 per eventuale servizio di poveri fuori ospedale; diminuz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 6 lug.

TORBOLE CASAGLIO (*Brescia*). — Scad. 10 ag.; lire 7920 e 5 quinquenni dec., oltre c.-v., L. 3000 trasp., L. 500 ambulat., L. 300 uff. san.; età lim. 35 a.

TORREMAGGIORE (*Foggia*). — Scad. 15 sett.; 1° reparto; L. 8500 e 5 quadrienni dec. ridotte; età lim. 25-35 a.; tassa L. 50 nette.

VIGEVANO (*Pavia*). *Ospedale Civile ed Istituti annessi*. — 1° e 2° assistente di medicina; scad. ore 12 del 15 ag.; età lim. 30 a.; doc. a 3 mesi dall'1 lug.; stipendi L. 4400 e L. 3960, oltre serv. att. L. 1100 e L. 990; serv. entro 15 gg.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Primo Concorso « Fism ».

Tema generale: Descrizione di casi nei quali è probabilmente esistita una carenza da zolfo. I manoscritti devono essere indirizzati entro il 30 giugno 1932 all'Ufficio Propaganda « Fism », Milano, via Ciovasso 4. La somma di L. 10.000 sarà divisa in premi così suddivisi: L. 3000 (1° premio); L. 2000 (2° premio) e L. 5000 in dieci premi da L. 500 ciascuno.

Per ogni delucidazione, informazione, ecc. rivolgersi al dott. Luigi Maranelli, segretario Commissione Concorso « Fism », via Ciovasso 4, Milano.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Alla cattedra di patologia medica della R. Università di Catania è stato chiamato, da Pavia, il prof. G. Di Guglielmo, allievo del prof. Ferrata. Rallegramenti.

Alla presidenza dell'Associazione Medica Americana per l'anno 1932-33 è stato eletto il dott. Edward H. Cary, professore emerito di oftalmo-otorino-laringologia.

Il prof. Hans Kleinschmidt di Amburgo è stato chiamato alla direzione della Clinica pediatrica quale successore di F. Siegert.

Il dott. José Pubul Cartelle è nominato professore di ginecologia e ostetricia alla Facoltà medica dell'Università di Santiago.

Il dott. Ernst Spiegel, professore di neurologia sperimentale ed applicata a Vienna, è chiamato all'Università Temple di Filadelfia.

Per l'istituzione di un premio annuo presso la R. Università di Roma, da intitolarsi: "Fondazione Vittorio Ascoli,,

Somma come da precedente N. 27 .	L.	36.780 —
Istituto Naz. delle Assicurazioni . .	»	6.000 —
Prof. Arturo Bompiani (Roma) . . .	»	100 —
	L.	42.880 —

Le sottoscrizioni si ricevono presso la Clinica Medica al Policlinico Umberto I, Roma; ovvero presso il nostro periodico, via Sistina 14, Roma.

NOTIZIE DIVERSE.

4° Congresso nazionale per la lotta contro la tubercolosi.

Come abbiamo annunziato, si adunerà a Bologna il 4 ottobre e durerà fino al 7 ottobre. È indetto dalla Federazione Italiana Nazionale Fascista per la Lotta contro la tubercolosi, dalla Società di Studi scientifici sulla tubercolosi e dalla Società dei Medici di Dispensari e Sanatori, presiedute rispettivamente dagli on. Paolucci, Maragliano e Morelli; il Comitato ordinatore è presieduto dall'on. Paolucci; segretario generale ne è il prof. Gennaro Costantini.

Temi: « Il pneumotorace bilaterale » (relatore generale: prof. Maurizio Ascoli; correlatori: proff. U. Carpi, A. Fagiuoli, V. Fici, G. Mendes, A. Omodei Zorini); « L'inizio della tubercolosi polmonare nell'adulto » (relatori generali: proff. G. Boeri, Busi-Turano, A. Pepere; correlatori: proff. G. Costantini, B. De Vecchi, A. Gasbarrini, G. Laurenti, G. G. Palmieri); « Ambiente rurale e tubercolosi in Italia » (relatore generale: prof. D. Ottolenghi; correlatori: proff. C. Benedetti, G. Ronzoni, L. Sagona); « L'assistenza post-sanatoriale » (relatore generale: on. prof. E. Morelli; correlatori: proff. F. Bocchetti, A. Campani, dott. A. Lusignoli, prof. L. Urizio).

La quota di iscrizione è di L. 30 per gli iscritti alla Federazione, in regola con i pagamenti, di L. 40 per tutti gli altri; per i membri di famiglia dei congressisti di L. 20. Verranno concesse riduzioni ferroviarie.

Durante il Congresso si terranno l'assemblea dei soci della Federazione, l'assemblea della Società per gli studi scientifici sulla tubercolosi e l'assemblea della Società dei Medici di Dispensari e Sanatori.

Negli stessi giorni è indetto il Congresso Nazionale delle Infermiere visitatrici ed Assistenti sanitarie, sotto la presidenza della contessa Carolina Isolani.

Indirizzo del Comitato ordinatore: via Dante 6, Bologna. Sede del Congresso: Palazzo dell'Archiginnasio.

2° Congresso internazionale per l'assistenza ai bambini storpi.

Si è tenuto all'Aja, dal 29 giugno al 3 luglio, sotto il patrocinio della Regina d'Olanda e del principe dei Paesi Bassi, i quali intervennero alla cerimonia inaugurale. Questa si è svolta nella sala dei cavalieri del Binnenhof; quale delegato dell'Italia, parlò il prof. Riccardo Galeazzi di Milano.

Al Congresso hanno partecipato 38 nazioni. Vi era unita una Mostra.

Congresso internazionale dell'infanzia.

È organizzato dall'« Association générale des institutrices des écoles maternelles et de classes enfantiles publiques de France et des Colonies » ed ha luogo a Parigi alla fine del mese di luglio e al principio del mese di agosto. Comprende: conferenze di personalità francesi e straniere eminenti del mondo medico-pedagogico; sedute di lavoro; discussioni; visite; mostre di libri, materiale d'insegnamento, installazioni scolastiche e sanitarie. Per informazioni rivolgersi alla segretaria generale, madame Chaucy, rue St.-Benoit 78, Paris.

7ª Conferenza internazionale di psicotecnica.

Si terrà a Mosca, a cominciare dell'8 settembre. Saranno trattati i seguenti argomenti: 1° « I fondamenti teorici della psicotecnica » (Lahy, Spielrein, Stern); 2° « Rapporto fra velocità e precisione del lavoro (Rupp ed altri); 3° « Elaborazione matematica dei dati psicotecnici » (Bingham, Blumenfeld, Piéron, Syrkin); 4° « La professiografia » (Baumgarten, Hollerstein, Miles, Mira). Vi saranno visite ai principali stabilimenti psicotecnici ed industriali. Prezzo d'iscrizione 5 dollari. Sede degli Uffici della Conferenza: Mokkovaya 9, Mosca.

10° Congresso internazionale sul latte.

Si è svolto a Copenaghen dal 13 al 17 luglio. La delegazione italiana era presieduta dal ministro on. Acerbo. Sono stati presi in esame numerosi problemi, alcuni dei quali concernenti la batteriologia, l'igiene, il controllo, la legislazione del latte e derivati.

Il prossimo Congresso si adunerà a Berlino nel 1934; il successivo a Milano ed a Roma nel 1937.

Congresso dell'Associazione Medica Americana.

Si è svolto a Filadelfia, dal 10 al 12 giugno. Il numero degli intervenuti ha superato quello di tutti i precedenti congressi, malgrado la crisi economica. Le numerose Sezioni furono attivissime.

Richiamarono molto l'attenzione anche le conferenze, su temi d'attualità, come la cura delle emopatie, le affezioni cutanee da miceti, l'artritismo, la poliomielite, il diabete, ecc.

Molto frequentata fu la ricchissima Esposizione tecnica.

Giornate mediche argentine.

Avranno luogo, sotto gli auspici dell'Associazione Medica Argentina, dal 16 al 22 agosto. Verranno tenute numerose conferenze da illustrazioni della medicina dell'Europa e dell'America, tra cui Donati e Castiglioni per l'Italia, Nobecourt, Legueu, Eckstein, Fahrenkamp, Fraga, Austregesilo, Megalhaes ecc. e per l'Argentina Castex (presidente dell'Associazione), Bonorino Udaondo, Aráoz Alfaro, Iribarne, Domínguez, Greenway, Llambías ed altri.

2° Congresso francese di chirurgia riparatrice.

Nei giorni 2 e 3 ottobre si terrà a Parigi il 2° Congresso della « Société scientifique française de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique », nei locali dell'Hôtel Chambon (rue du Cherche-Midi 95). Il Congresso comporterà: comunicazioni, dimostrazioni, sedute operatorie, proiezioni cinematografiche ed un'esposizione di fotografie, modelli, strumenti, libri, ecc.

Per informazioni rivolgersi al direttore, Dr. Dartigues, rue de la Pompe 81, Paris; oppure al segretario, Dr. Claoné, rue d'Aviau 41, Bordeaux.

7° Congresso medico austriaco delle regioni alpine.

Nei giorni 21 e 22 settembre si terrà a Bregenz, sul lago di Costanza, la 7ª riunione della Società libera dei chirurgi, internisti, neurologi e pediatri delle regioni alpine dell'Austria.

Temi in discussione saranno: l'ileo, la nefrite, i traumatismi del sistema nervoso centrale e la tubercolosi infantile.

Scuola Superiore di Malariologia.

Il corso della Sezione medica è stato inaugurato il 15 luglio dal prof. G. Bastianelli, il quale ha lumeggiato le benemerenze della scuola medica romana nel campo della malaria; in particolare ha fatto risaltare la grande figura di Ettore Marchiafava. Ha posto in evidenza le qualità del trattato « vissuto » di Marchiafava e Bignami, *L'infezione malarica;* esso, nella nuova edizione, sarà il testo degli iscritti alla Sezione. Infine il prof. Bastianelli ha tracciato alcune delle direttive alle quali si conformerà l'insegnamento.

Gl'intervenuti passarono poi a visitare i nuovi laboratori della Scuola, annessa all'Istituto di semeiotica. Tra gl'intervenuti erano varie personalità mediche.

Corso di perfezionamento presso l'Istituto "Benito Mussolini".

La Confederazione generale fascista dell'industria italiana comunica che presso l'Istituto « Benito Mussolini » in Roma, diretto dall'on. prof. Eugenio Morelli, sono aperte le iscrizioni al quarto corso di perfezionamento nella clinica della tubercolosi e delle malattie dell'apparato respiratorio.

Tale corso avrà inizio ai primi di novembre p. v. il giorno da fissarsi e, come i precedenti, avrà la durata di sei mesi, con un programma d'insegnamento corrispondente a quello di un anno universitario.

Esso è riservato ai medici laureati, e comunque muniti del diploma di abilitazione all'esercizio professionale. È obbligatoria la frequenza.

Il numero delle iscrizioni è limitato.

Le domande per essere iscritti, debbono essere redatte in carta libera ed accompagnate dal certificato di laurea, inviato unitamente alla tassa di lire 300 alla Segreteria dell'Istituto « Benito Mussolini » presso la Confederazione dell'Istituto.

Corsi internazionali di perfezionamento medico a Berlino.

Avranno luogo con l'ausilio della Facoltà medica universitaria, della Lega dei docenti per corsi di vacanze e della Casa Imperatrice Federico. Per l'autunno prossimo sono stabiliti i corsi seguenti: medicina interna, dal 5 al 17 ottobre, onorario: 75 marchi; malattie dell'infanzia, dal 5 al 17 ottobre, onorario: 100 marchi; Urologia, dal 15 al 21 ottobre, onorario: 100 marchi; Psicologia medica o psico-terapia, dal 26 al 31 ottobre, onorario: 50 marchi; Chirurgia delle malattie toraciche riguardanti in modo speciale la tubercolosi polmonare, dal 26 al 30 ottobre, onorario: 80 marchi; Cure fisiche e dietetiche, dal 26 ottobre al 4 novembre, onorario: 75 marchi; inoltre, ogni mese, hanno luogo singoli corsi in tutti i campi della medicina con esperimenti pratici. Per la primavera 1932 sono annunziati: un corso di Röntgenologia; una settimana di perfezionamento in ostetricia e ginecologia; un corso per chirurgi; uno di medicina interna; uno sulle malattie professionali; uno di oculistica.

Informazioni presso la « Dozentenvereinigung », Luisenplatz 2-4, Berlin N.W. 6.

Gli Ospedali Riuniti di Foggia.

Sono in corso i lavori per riattare gli ospedali di Foggia. L'edifizio già costruito per il ricovero

di tubercolotici è stato adibito ad ospedale, in parte maschile e in parte femminile. L'ospedale dei tubercolotici troverà sede in un nuovo edifizio, che verrà costruito in posizione più salubre, lontano dalla città. Il vecchio ospedale femminile viene trasformato in brefotrofio, a cura dell'Amministrazione provinciale e del Comitato provinciale dell'O. N. M. I. Vengono attuate anche altre trasformazioni. A lavori ultimati, gli ospedali avranno una capacità di 150 letti per le sale di medicina e chirurgia; comprenderanno anche una camera d'accettazione, una camera d'isolamento, un reparto oftalmico, ecc. Risponderanno a tutte le esigenze dell'igiene ospedaliera.

Per il Sanatorio antitubercolare di Bari.

In seguito alla progettata e deliberata costruzione di un ospedale sanatoriale in Bari, a cura e spese della Cassa Nazionale delle Assicurazioni Sociali, il Commissario dell'Ospedale, sen. prof. Guaccero, ha deliberato di donare alla Cassa il suolo, con annessi fabbricati, acquistati dalla Ditta Michetti, allo scopo di offrire il primo contributo per la costruzione del Sanatorio. In base a tale donazione la Cassa Nazionale ha deciso di elevare il numero dei letti da 200 — com'era stabilito — a circa 300.

Sanatori antitubercolari in Italia.

La « Rivista Medica per il Clero », allo scopo di rendere più facile e diffusa fra i Parroci italiani la conoscenza e le indicazioni dei sanatori italiani, chiede a tutti i Sanatori (della Cassa Nazionale, della Croce Rossa, dei Comuni, di privati, ecc.) le indicazioni necessarie per essere utilizzate dai Parroci nell'opera di collaborazione con i medici per la lotta antitubercolare.

Si prega di segnalare a detta Rivista il nome del Sanatorio, l'altezza sul livello del mare, la distanza dal centro più vicino, i mezzi di comunicazione, il numero dei letti, se il servizio è laico o religioso, se c'è cappella interna, se c'è un cappellano interno, e tutte le altre notizie che i direttori ritengono opportune.

Indirizzare alla « Rivista Medica per il Clero », via Monte Grappa 13, Bologna.

Istituto dietetico a Budapest.

Presso la Facoltà medica di Budapest è sorto un Istituto per lo studio della dietetica. Esso è incaricato anche della sorveglianza dietetica di tutti gli ospedali universitari (che a Budapest sono centralizzati). La Clinica medica, diretta dal prof. Korányi, è in rapporto diretto con l'Istituto, cui fornisce un materiale interessante ai fini dell'insegnamento pratico. Dell'Istituto fa anche parte un consultorio per infermi già curati nelle Cliniche universitarie.

La direzione è stata affidata al prof. Soos.

Dispensario omeopatico a Parigi.

La « Société d'Omœothérapie de France » ha inaugurato un dispensario omeopatico a Parigi (boulevard Auguste-Blanqui 99). Vi saranno accolti volentieri medici e studenti desiderosi di conoscere e vedere in funzione i metodi dell'omeopatia.

Donazioni e lasciti.

Il gr. uff. Emilio Zonda ha lasciato erede universale l'Ospedale Maggiore di Milano, per il Padiglione Zonda fondato da lui e dal fratello Enrico nel 1913, con l'onere di parecchi legati in favore di altre istituzioni di beneficenza. Il patrimonio comprende cinque immobili a Milano ed una villa a Porto Ceresio.

* * *

Il Consiglio Generale di Educazione della Fondazione Rockefeller ha donato 1.250.000 doll., pari a circa 24 milioni di lire it., alla Facoltà medica dell'Università Tulane, in St. Louis, affinchè questa provveda a fare costruire un edifizio di 9 piani destinato ad ambulatori e all'insegnamento medico; sarà dedicato a Hutschison.

Nella stampa sanitaria.

Viene annunziata una pubblicazione periodica semestrale, dal titolo « Il problema alimentare: chimica, fisiologia, patologia e terapia », quale supplemento alla rassegna « Fisiologia e medicina »; sarà, come questa, diretta dal prof. S. Baglioni, direttore dell'Istituto di fisiologia della R. Università di Roma

Festa della Sanità Militare Italiana.

Il 5 giugno si è svolta in tutta Italia la festa annua della Sanità Militare. Vennero lumeggiate le benemerenze, l'abnegazione e l'eroismo dei medici militari e dei soldati di sanità.

Il prof. Stern.

Il prof. William Stern, il quale occupa la cattedra di filosofia all'Università di Amburgo, ha festeggiato il suo 60° compleanno. La filosofia dello Stern va intesa in senso positivo e scientifico: egli è una delle maggiori autorità nel campo della psicologia infantile e pedagogica e i suoi studi hanno destato vivo interesse anche nel campo medico.

" Salute sommo bene ".

Sotto questo titolo la Croce Rossa Italiana ha raccolto in un opuscolo le norme igieniche più essenziali e i consigli più indispensabili per il pronto soccorso. Lo ha posto in vendita in occasione della 3ª giornata della Croce Rossa Italiana. L'opuscolo, illustrato, costa solo due lire e non dovrebbe mancare in nessuna famiglia.

" Euthanasia ".

Ad un recente congresso dell'Associazione medica dell'Illinois, venne discusso ed approvato un rapporto del presidente, dott. W. A. Guild, secondo il quale, su richiesta dei pazienti affetti da malattie dolorose ed incurabili, o delle persone di famiglia, i medici dovrebbero essere autorizzati a praticare trattamenti analgesizzanti, anche se affrettino la morte; e ciò allo scopo di metter fine ad inutili sofferenze.

L'Associazione ha ora sollecitato il Governo dello Stato a prendere in esame una proposta di legge nel senso sopra indicato, da tempo avanzata.

La salma del dott. Gino Vivaldi.

Il Governo italiano ha disposto il trasporto a sue spese della salma del dott. Gino Vivaldi, che era stato mandato in missione negli Stati Uniti e della cui triste fine demmo già notizia.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Zbl. f. Chir., 28 feb. — Ossificaz. del ligamento ileolombare. — H. A. JARRE. Studi roentgen-fisiologici.

Marseille-Méd., 5 dic. — Numero di oftalmologia.

Pediatria, 1 mar. — A. PINELLI. Quinta malattia.

Assistenza Soc., gen. — G. BIANCHINI. Valutazione delle concause di incapacità. — E. PESTALOZZA. Maternità e lavoro.

Soc. d. Hôp., 13 feb. — G. GUY e al. Diagn. radiolog. dell'appendicite cron. — M. LABBÉ. Diabete insipido guarito col trattam. antisifilitico.

Ann. Inst. Pasteur, feb. — S. METALNIKOV. Compito del sist. nerv. e dei riflessi condizionali nell'immunità. — S. SCHMIDT. Purificaz. e concentraz. della tossina difterica e dell'anatossina.

Rev. Méd. de Barcelona, gen. — C. CANALS MAYNER. Anchilosi temporo-mascellare. — R. CARRASCO FORMIGUERA. Diabete mellito trattato con enervazione di una capsula surr.

Med. Ibera, 28 feb. — LUQUE. Fecondaz. artific.

Paris Méd., 28 feb. — L. DUFOURMANTEL. Il problema delle amigdale.

Rev. Méd. Lat.-Amer., dic. — T. MARTINI e M. JOSELEVICH. Aneurismi intrapericardici dell'aorta. — G. BOSCO. Sintomatologia dello spostam. cardiaco.

Surg., Gyn. a. Obst., feb. — Resoconto del 20° Congresso chirurgico nord-americ.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 feb. — Numero sulla medicina infantile.

Scalpel, 28 feb. — A.-P. DUSTIN. L'ematopoiesi.

Haematologica, 1. — E. GREPPI e C. SEMENZA. Anemie febbrili acute perniciosiformi.

Giorn. di Batteriol. e Immunol., feb. — M. DELCHIGI. Flora batterica in enterite cronica.

Riv. di Pat. e Cl. d. Tuberc., 28 feb. — R. CAPA. Sondaggio funzionale dell'organo insulare nei tubercolotici. — T. TENCONI e T. PISONI. Attività ovarica e tbc. polm.

Dermosifilografo, feb. — L. TOMMASI. Dermatosi allergiche. — E. BALBI. Eresipeloide.

Ann. di Med. Nav. e Col., gen.-feb. — ANDRUZZI. Dermatomicosi ed onisomicosi da « Mucor pusillus ». — SATTA. Lussaz. bilaterale della spalla.

Indice alfabetico per materie.

V. ASCOLI †, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII — Roma, 3 Agosto 1931 - IX — Num. 31

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

PRATICA CHIRURGICA

OSPEDALE MAGGIORE DI SAVIGLIANO

SEZIONE CHIRURGICA

Un sistema pratico per prevenire le complicazioni bronco-polmonari negli operati.

Dott. prof. LUIGI CEVARIO, docente in clinica chirurgica e medicina operatoria, direttore.

Tutti i chirurghi sanno che uno dei pericoli maggiori cui sottostanno i nostri operati è dato dalle frequenti complicazioni bronco-polmonari post-operatorie. L'argomento fu già oggetto di notevoli discussioni anche in un recente congresso della Società Italiana di chirurgia ed è, si può dire, ora più che mai, perdurando una epidemia influenzale, all'ordine del giorno. Ritenendo di aver fatto, con mezzi semplici e poco costosi, un gran passo nella soluzione del problema crediamo utile di comunicare ai colleghi i nostri risultati.

È noto che le complicazioni postoperatorie suddette consistono quasi sempre in tracheobronchiti che qualche volta degenerano in vere bronco-polmoniti od in polmoniti lobari o pleuro-polmoniti.

È assodato che è specialmente nella stagione fredda che insorgono dette complicanze ed è pure accertato che la narcosi (specie l'eterea) ha una parte importante nel produrle. Il problema non è però del tutto così limitato: complicanze simili si vedono insorgere anche d'estate ed anche quando si è usata l'anestesia locale. Vi sono poi reparti chirurgici che ne sono immuni o quasi, in ogni stagione, e ve ne sono invece degli altri che hanno una strana e dolorosissima frequenza di questi incidenti. Possiamo dire che vi sono sezioni chirurgiche ove il decorso normale postoperatorio, relativamente alle lesioni bronco-polmonari anche lievi, sia un'eccezione. E la frequenza è tanto più grande quanto più lesivo e durevole è l'intervento, quanto più compromesse sono di già in antecedenza le vie aeree dell'ope-

rando. Vi sono adunque delle circostanze che derivano dall'ambiente, dalla stagione e dal malato stesso. Più frequenti e più gravi ancora sono di solito detti incidenti quando esiste una epidemia influenzale cui, al loro ingresso negli ospedali, sono, anche per la vicinanza che di solito esiste coi reparti di medicina, maggiormente esposti gli operandi.

Nella non breve pratica ospedaliera compiuta lo scrivente ha potuto convincersi che le circostanze di ambiente sono quelle cui va data la massima importanza. Ed è precisamente nella speciale distribuzione ambientale con cui sono concepite nei nostri edifizi ospedalieri e clinici le sale operatorie, le corsie ed i corridoi a queste accedenti che sta il fulcro del problema. Basta pensare in quali circostanze ordinariamente, sotto questo rapporto, avviene il trattamento del malato. Tolto dal suo letto di corsia o di camera questi viene portato per lo più attraverso corridoi che, specie nella stagione invernale, presentano una temperatura notevolmente inferiore ed in cui le cause perfrigeranti sono facilissime: il malato si trova già in una situazione psichica assai depressa, per lo più ha passato una notte insonne, ha attesa l'ora dell'arrivo del chirurgo ed ha assistito magari al passaggio di altri malati operati prima di lui doloranti od ancora in narcosi; viene introdotto di colpo nella sezione operatoria ove vi è una temperatura quasi sempre superiore di 10-12 gradi a quella in cui si trovava prima.

Avviene l'intervento, se vi è narcosi alle precedenti circostanze si unisce nelle vie aeree l'azione sempre caustica dei gas inalati, se non vi è narcosi il malato, sia pur con una anestesia locale ideale, assiste con spiegabile ansia al progredire dell'intervento ed alla sua conclusione. In questo ambiente riscaldato, sotto questa tensione nervosa è facile notare come la sua cute sia alla fine coperta di sudore: fasciato viene riportato al suo letto ripetendo la strada già fatta. Nei buoni reparti la diligenza del personale fa trovare il letto caldo, evita nelle manovre di trasbordo l'erezione del capo per evitare l'introduzione nelle vie aeree di liquidi settici provenienti dalla bocca, fa precedere all'intervento generose lavature della bocca con liquidi antisettici; i chirurghi moderni ricorrono alla iniezione preventiva di vaccini bronco-polmonari, riducono al minimo la durata della narcosi e cercano di mantenerla profonda solo nei periodi strettamente necessari, si assicurano prima dell'intervento che i malati, specie se operati d'elezione, non abbiano già precedenti lesioni alle vie aeree, ma non ostante tutte queste previdenze e queste provvidenze sovente, troppo sovente, nei giorni seguenti l'intervento si manifesta la temuta complicanza.

Ed è specialmente nelle operazioni sullo stomaco, per loro natura quasi sempre lunghe ed indaginose, in questa nuova interessante palestra che la chirurgia moderna ha aperto alle nostre fatiche, che il fenomeno avviene spesso con esito infausto.

È ad ogni modo accertato che lo stabilirsi di un processo infiammatorio acuto a carico degli organi respiratori è favorito da un complesso di circostanze che dipendono in parte dall'ambiente, in parte dalla natura dell'intervento, dalla anestesia ed anche dalle resistenze fisiche del malato.

Dubitando che la funzione delle influenze ambientali fosse preponderante lo scrivente ha modificato in modo sostanziale il servizio di trasporto degli operandi e degli operati stabilendolo come segue: approfittando della vicinanza alla anticamera della sala operatoria di una camera idonea ad ospitare due letti ha fatto aprire una porta fra i due vani mettendo direttamente quella in comunicazione con questa e cercando di rendere il più possibile eguale la temperatura ambientale di ambedue con quella della sala operatoria.

Stabilita così una vera e propria camera per operati ed operandi abbiamo disposto che l'operando fosse introdotto in quest'ultima almeno 24 ore prima dell'intervento: abbiamo ancora, se possibile, rese più severe le cure preoperatorie dando grande importanza alla pulizia della bocca, alla preparazione immunitaria specifica e ad ogni mezzo idoneo a tener alto il tono psichico del paziente.

Solo dopo un minimo di 24 ore il malato ritorna in corsia; in ogni modo mai prima che le sue condizioni lo possano far ritenere fuori pericolo.

Abbiamo praticato in un anno, dacchè sono state introdotte queste modificazioni moltissimi interventi anche gravi senza avere il minimo incidente polmonare. Abbiamo avuto occasione di operare d'urgenza individui affetti da lesioni bronchiali, influenzati, tubercolosi, pletorici, asmatici e non abbiamo visto mai fallire il metodo. Sospeso il riscaldamento a termosifone e cercato di stabilire un ordine di cose simile con stufe elettriche non abbiamo potuto ottenere nei tre ambienti perfetta uniformità di temperatura e proprio in questi giorni un'operata di cisti ovarica (in narcosi eterea) fu colta da polmonite lobare classica che peraltro superò brillantemente colla cura stomosinica. Questo caso è venuto a nostro giudizio a confermare la bontà del metodo che sibbe-

ne semplice, come la maggior parte delle cose utili, fornisce indubbiamente un nuovo mezzo per diminuire il rischio operatorio.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un nuovo sistema atto a diminuire i rischi operatori e che consiste nel mantenere gli operati e gli operandi, almeno 24 ore prima e dopo dell'intervento, in locali direttamente comunicanti colla camera operatoria ed aventi con questa la stessa temperatura.

NOTE E CONTRIBUTI.

Ospedali Riuniti di Roma - Policlinico Umberto I. X Padiglione
Primario: Prof. A. Milani.

Sull'azione dell'antimonio nel granuloma maligno e tubercolare

per il dott. Rosario Grasso,
assistente negli Ospedali Riuniti.

Sulla *Minerva Medica* del 29 dicembre 1929, è apparso un articolo del dott. V. Scala, degli Incurabili di Napoli, intitolato: « Chemioterapia del granuloma maligno ».

Questi praticando su 4 infermi affetti da granuloma maligno nel periodo che Morawitz chiama diffusivo (2° stadio clinico), con biopsia tipica, una iniezione da 2 cmc. di Stibional Zambelletti (soluzione antimonica di cui 1 cmc. contiene gr. 0,018 di antimonio) ogni 4 giorni per vari mesi, constata dei benefici e sorprendenti risultati e sullo stato generale e sulla febbre e sulla crasi del sangue e sulle adenopatie sino al ritorno al volume normale.

Unisce uno studio comparativo anatomopatologico; le biopsie di una seconda ghiandola prese dopo la cura antimonica davano sclerosi intensa del processo linfogranulomatoso ed ialinosi, in contrapposto alle prime ove il tessuto di granulazione era formato quasi esclusivamente dai soliti elementi cellulari (plasmacellule, cellule epitelioidi, cellule di Sternberg, eosinofili, neutrofili, linfociti, fibroblasti).

Non riporta il numero totale di iniezioni praticate, nè la via usata, nè l'intervallo tra prime e seconde biopsie che dall'esposizione pare si aggiri dai 4 ai 6 mesi.

Mette in dubbio se la sclerosi osservata debba addebitarsi all'azione parassitotropa ed organotropa del medicamento, oppure ad una di quelle tregue spontanee ben note ormai in tale malattia.

Non può rispondere con sicurezza causa il breve tempo di osservazione, avendo gli infermi espletata la cura da poco ed essendo esiguo il numero dei casi studiati. Ritiene però che i risultati clinici ed istopatologici autorizzano a considerare l'antimonio fornito di proprietà chemioterapiche ed antigranulomatose intese, più che nel senso di azione diretta contro l'agente etiologico, nel senso di un'azione stimolatrice sulle attività difensive del sistema istiocitario.

Dalla lettura di tale articolo intorno alla cura di un male da tutti ritenuto inguaribile e la cui frequenza non è poi tanto disprezzabile, fui spinto ad esperimentare l'antimonio giovandomi dello stesso Stibional.

Le esperienze furono eseguite col massimo obiettivismo su pazienti affetti da granuloma maligno (5 casi di cui 1 dubbio) e su pazienti con adenopatie tubercolari febbrili.

In armonia col fine di questa nota, i casi saranno riferiti in modo succinto, con speciale riguardo alla cura praticata ed ai risultati ottenuti.

L'azione dell'antimonio nel granuloma maligno.

Caso I. — C. Giuseppe, anni 33, attore.

Entra al reparto il 25-I-1930. Anamnesi remota: nel 19 blenorragia guarita bene; nel 22 lues curata con neosalvarsan, calomelano, bismuto ripetendo i cicli due volte; R. W. negativa varie volte. Gentilizio negativo. Coniugato; la moglie ha avuto una gravidanza a termine, nessun aborto; la figlia è vivente e sana.

Anamnesi prossima: ai primi del 29 ha notato l'insorgenza di tumefazioni multiple alla regione sopraclaveare sinistra; tali tumefazioni hanno raggiunto in circa 2 mesi la grandezza attuale e sono rimaste quindi di volume stazionario. Non dolori, non febbre, non denutrizione, nessuna manifestazione cutanea.

Nel novembre del 29 notò debolezza generale ed anoressia e fatta la R. W. e la Meinicke, queste risultarono positive complete. Praticata una serie di Neo I. C. I. endomuscolare, si ebbe una modica diminuzione delle tumefazioni ghiandolari e miglioramento dello stato generale.

Nel dicembre, ascesso da iniezione nella natica sinistra accompagnato da febbre. Inciso e guarito questo, si ebbe apiressia per soli 3 giorni e quindi ricomparsa di febbri irregolari con massimo di 38,5 durate sino al gennaio 1930.

Visitato fu sospettato un granuloma maligno ed inviato all'ospedale.

Status all'ingresso: Nutrizione scaduta, pallore della cute e mucose, non edemi, non efflorescenze cutanee.

Apparato linfoghiandolare: alla regione laterocervicale sinistra e nella fossa sopraclaveare, come pure nel cavo ascellare sinistro, si notano numerose linfoghiandole di varia grandezza, da una nocciola ad una grossa noce, duro-elastiche, indolenti, mobili, isolate; alle regioni inguino-crurali, ascellare destra ed epitrocleari, micropoliadenopatie senza speciali caratteri. Fegato ad 1 dito dall'arco, non dolente. Milza al IX spazio, sull'ascellare media, in basso ad un dito dall'arcata, di consistenza un po' aumentata, non dolente.

Riflessi cutanei e tendinei presenti. Organi genitali normali.

Ricerche di laboratorio: es. del sangue nulla di patologico; es. delle urine negativo; R. W. negativa.

Lastra del torace: negativa per lesioni polmonari e bronchiali.

Vengono praticate iniezioni ricostituenti e di salicilato Hg. e durante la degenza presenta rare ed irregolari elevazioni termiche sino a 38,8. Viene praticata biopsia in una ghiandola latero-cervicale sinistra con il seguente reperto gentilmente fornitoci dall'illustre prof. Dionisi:

« Capsula ispessita in alcuni tratti considerevolmente, in altri meno; grasso conservato. I vasi della capsula presentano infiltrazione avventiziale. Intorno ai capillari infiltrati di plasmacellule. La struttura della ghiandola è completamente modificata. I follicoli scarsissimi e rappresentati prevalentemente da elementi linfocitari. Nei cordoni intermediari e nei seni, spiccano gli elementi del reticolo notevolmente rigonfi, con abbondante protoplasma, con nucleo unico e multiplo; con formazioni nucleari e cromatina addensata alla periferia del nucleo. Si osservano anche figure di cariocinesi di alcuni elementi del reticolo. Le fibre del reticolo offrono una grande varietà di comportamento.

In alcune zone sono esili, in altre appaiono costituite da grossi fasci ialini. Talora gli elementi del reticolo assumono carattere fibrocitico. Nei tratti dove le fibre del reticolo gigantesche si trasformano in ialine, il tessuto assume un aspetto spugnoso reticolare con pochi elementi linfoidi inclusivi e scarsissimi elementi del reticolo. Si osservano anche cellule giganti polinucleate (non del tipo Sternberg). Si riscontrano spesso vasi con pareti ialine e vasi con zone ialine periferiche. Concludendo: l'abbondanza del tessuto ialino, la presenza di cellule giganti non del tipo Sternberg, le alterazioni vasali, le modificazioni del reticolo caratterizzato da proliferazioni delle cellule e da ispessimento sino alla fibrosi delle fibre reticolari, inducono più nell'ipotesi di una alterazione luetica progrediente verso ialinosi, che verso la linfogranulomatosi ».

Esce il 19-II-30 con una apprezzabile diminuzione di volume delle linfoghiandole, meno che della milza, e con diagnosi di « lues costituzionale, polilinfomatosi con epatosplenomegalia ».

Dopo circa una settimana, comparsa di temperature subfebbrili (37,2-37,5) che duravano poche ore pomeridiane.

Dal 6 marzo le temperature si sono fatte più elevate assumendo il tipo subcontinuo. Contemporaneamente ha notato aumento delle tumefazioni ghiandolari alla regione latero-cervicale ed ascella sinistra e qualche dolore alla regione splenica.

Persistendo i disturbi rientra al reparto il 25-II-30 in condizioni generali depresse, pallore intenso, milza debordante circa 2 dita un po' dolente, ghiandole latero-cervicali sinistre aumentate di volume alcune sino a raggiungere le dimensioni di un uovo. L'esame del sangue dà una formula pressochè normale: modica linfocitosi (28 %), non eosinofilia. La curva termica invece, in rapporto con la cura praticata, ha grande valore ed è bene evidente nella grafica qui riprodotta (vedi fig. 1).

Esce il 18-IV-30 in condizioni generali migliorate e notevole diminuzione del volume delle lin-

FIG. 1.

FIG. 2.

foghiandole che si riducono alle dimensioni di una ciliegia e della milza che si apprezza durante le profonde inspirazioni. Seguita a stare bene ed apirettico sino alla fine di aprile, epoca in cui ricomincia la febbriciattola quotidiana, prevalentemente vespertina.

Si riprende allora lo Stibional e si praticano le iniezioni endovenose da 3 cmc. ogni 3-4 giorni.

La febbricola persiste invariata malgrado l'intensa cura (come dimostra l'annessa grafica, vedi fig. 2) e così pure il volume delle linfoghiandole e della milza non appare diminuito, anzi aumentato a fine cura. Avendo praticato in questo secondo ciclo di cura ben 20 iniezioni di Stibional da 3 cmc. con i risultati nulli su descritti, si consigliano le irradiazioni locali.

Dopo 14 di queste, si ottiene una reale diminuzione delle linfoghiandole e della milza, pur persistendo la febbricola col massimo però di 37,2.

Rifiuta una seconda biopsia.

Per alcuni mesi tali condizioni permangono stazionarie.

La biopsia praticata un mese prima al 6° Padiglione aveva dato il reperto tipico del granuloma maligno (lettura eseguita dal prof. Dionisi).

Durante la degenza non sopraggiunge alcuna complicazione e la temperatura e le cure praticate con i relativi effetti, risultano dall'annessa grafica (vedi fig. 3).

Il 12-X-30 esce di sua volontà, sfiduciato dalla cura e rifiuta una seconda biopsia.

Status all'egresso: condizioni generali un po' peggiorate; la tumefazione latero-cervicale è ingrandita e vivamente dolente; essa è passibile di scarsa mobilità in toto, ed è ricoperta da cute leggermente arrossata, calda, liscia, non aderente ma tesa. La palpazione accurata fa rilevare essere questo blocco costituito da un ammasso di gangli di varia grandezza, alcuni più grossi di una mandorla e pochissimo mobili.

Dopo circa un mese rientra all'ospedale, ma in un altro reparto, in condizioni pressochè invariate.

Fig. 3.

Qualche settimana addietro c'informa per iscritto, essendosi allontanato da Roma, che le condizioni generali si mantengono discrete, mentre persiste la febbricola con brevi intermittenze ed il volume delle linfoghiandole è di poco aumentato.

Caso II. — C. Marino, anni 24, falegname.

Entra il 5-IX-30. Gentilizio ed anamnesi remota negativi. L'attuale malattia rimonta allo scorso anno in cui si accorse per caso di una tumefazione nella regione sopraclaveare sinistra, della grandezza di una piccola noce che andò successivamente aumentando.

Nei mesi successivi altre ne comparvero nella medesima regione e si aggiunsero elevazioni febbrili irrgolari. Le condizioni generali si sono mantenute discrete.

Status: nutrizione un po' scaduta, spiccato pallore della cute e mucose visibili; numerose ghiandole duro-elastiche bilaterali al collo di varia grandezza (da un fagiolo ad una mandorla) non confluente, spostabili, indolenti; altre se ne apprezzano agli inguini; fegato nei limiti, milza in alto al 9° spazio, in basso non si riesce a palpare.

Esame del sangue: formula normale quasi, eosinofilia modica 4 %. R. W. negativa. Radiografia del torace negativa per lesioni polmonari-mediastiniche.

Caso III. — G. Agata, anni 35, donna di casa. Entra il 2-I-30.

Anamnesi collaterale e personale remota negativa.

Anamnesi prossima: un anno e mezzo addietro cominciò a notare tumefazioni multiple alla regione sopraclaveare destra, che in seguito regredirono un po', senza però scomparire.

Altre tumefazioni comparvero alle regioni latero-cervicali sinistre, mentre le prime si ingrossavano un po'. Non ha avvertito febbre; alle volte lieve prurito in corrispondenza delle adenopatie.

Status. Apparato linfoghiandolare: nella regione latero-cervicale destra si notano tumefazioni multiple parzialmente fuse fra di loro, di varia grandezza, da una nocciola ad un uovo di gallina, duro elastiche, indolenti, un po' mobili. La regione si presenta notevolmente deformata dalle tumefazioni; la cute soprastante è d'aspetto normale molto tesa. All'ascella destra si palpa una piccola ghiandola grande come una nocciola, dura, indolente.

Nulla di notevole nelle altre stazioni linfoghiandolari.

Torace e cuore N. N. Organi ipocondriaci nei limiti in alto, in basso non si palpano.

Esame del sangue: nulla di notevole. R. W. negativa.

Radiografia del torace: ombre mediastiniche a tipo ghiandolare.

Biopsia di una ghiandola latero-cervicale destra con il seguente reperto istologico: « si notano zone di degenerazione ialina dello stroma della ghiandola oltre le fibrosi diffuse della ghiandola stessa; nel dominio della fibrosi si osservano arterie con processi endoarteritici che giungono fino all'obliterazione del vaso; ogni struttura dei follicoli e dei cordoni è perduta ed è sostituita da fibrosi con zone di ialinizzazione; si osserva anche qualche cellula tipo Sternberg e numerosi elementi eosinofili; si fa diagnosi istologica di linfogranulomatosi al III stadio. La lettura del preparato è stata gentilmente eseguita dal prof. Dionisi.

Rimane degente circa 40 giorni senza avere periodi febbrili. Viene curata con forti dosi di arsenico per via endovenosa; pratica pure la Röntgenterapia (14 applicazioni) ed esce con una modicissima riduzione di volume delle ghiandole affette (data d'uscita il 10-II-30).

Rientra al padiglione dopo circa due mesi durante i quali è stata bene, ma ha notato aumento delle tumefazioni ghiandolari preesistenti, la comparsa di altre ghiandole e di tanto in tanto febbricola.

Esame obiettivo. Condizioni generali migliorate, è cresciuta in peso Kg. 4,500. Sistema linfoghiandolare: la regione sopraclaveare e laterocervicale destra è molto più tumefatta di prima e lascia apprezzare numerose linfoghiandole con i caratteri precedenti, di cui molte grosse come una noce; nella regione ascellare destra si notano 3 linfoghiandole cogli stessi caratteri. Altre se ne trovano nella regione latero-cervicale ed ascellare sinistra, come pure in ambedue le regioni inguinali.

La milza si palpa in basso appena, in alto all'VIII spazio. Adunque rientra in uno stato più avanzato ed esteso del male, segno certo che i risultati precedenti ottenuti colla Röntgenterapia erano stati solo transitori.

L'esame del sangue questa volta dava di rilevante solo una eosinofilia del 4 %.

Anche in questa seconda degenza si mantiene afebbrile. Si esperimenta allora lo Stibional usando le fiale da 2 cmc., e si intercalano pure delle irradiazioni in un secondo tempo, come si vede dall'annessa grafica (vedi fig. 4, I grafica).

FIG. 4.

FIG. 5.

Status il 17-V-30: non si riesce a palpare la milza ne il fegato; le ghiandole ascellari sono un po' ridotte; non si nota notevole diminuzione di volume delle latero-cervicali.

Si continua la cura, praticando anzi iniezioni da 3 cmc., visto che il preparato è ben sopportato dalla paziente (vedi fig. 5, II grafica).

Status il giorno 2-VI-30: le ghiandole della regione latero-cervicale destra sono notevolmente diminuite, per cui la regione appare meno tumefatta ed è possibile sollevare la pelle in pliche, cosa prima impossibile, e così pure la cicatrice

operatoria prima aderentissima ai tessuti, profondi, è adesso spostabile.

Status il 25-VI-30. Da due giorni la regione laterale destra del collo si è un po' tumefatta, senza accompagnarsi a dolore ed aumenta ancora un po' per circa 6 giorni, senza però raggiungere le dimensioni primitive.

Assume quindi un carattere stazionario.

La milza non si palpa. Si sospende il 26-VI lo Stibional di cui ha praticato un totale di 54 cmc. (!) e si fanno 10 iniezioni endovenose di endoiodina, una ogni 3 giorni. Fa di tanto in tanto irradiazioni. Non ha mai avuto febbre. Nessun disturbo dall'iniezione degno di nota, eccetto le prime volte, in cui circa 10 minuti dopo l'iniezione avvertiva un fugace senso di pulsazione alle regioni lombari.

Nessuna lesione funzionale epato-renale.

Rifiuta una seconda biopsia ed il 4-VII-30 esce.

Circa 2 mesi dopo m'informa che le ghiandole sono aumentate di volume di nuovo ed accusa astenia.

CASO IV. — S. Giuseppe, anni 30, contadino.

Anamnesi remota e collaterale negativa.

È ammalato da circa 18 mesi con febbre ondulante, tosse, astenia ed adenopatie multiple al collo, ascella, inguini. Ci viene trasferito il 6-IV-30 dal IV Padiglione, ove è stato degente 8 mesi e dove la diagnosi di granuloma maligno è stata confermata dalla biopsia (letta dal prof. Dionisi).

Ivi ha avuto praticata intensa cura arsenicale e numerose irradiazioni senza risultati evidenti; il male era progredito e molto.

Entra in cachessia avanzata, pelle ed ossa, colorito paglierino, tosse abbondante sempre con sputi negativi, diarrea infrenabile, ghiandole caratteristiche del granuloma in tutte le stazioni linfatiche, fegato e milza ingrandite debordanti dall'arcata, febbre modica intermittente.

Si pratica una seconda biopsia con il seguente reperto: « iperplasia ghiandolare linfatica degli elementi del reticolo con aspetto granulomatoso, con focolai necrotici emorragici, assenza di eosinofili, presenza di cellule giganti tipo Sternberg; si conclude per un probabile granuloma maligno (lettura eseguita dal prof. Nazari).

Si esperimenta lo Stibional come appare dalla grafica (vedi fig. 6).

Obitus il 4-V-30 e l'autopsia dimostra un granuloma maligno generalizzato alle ghiandole superficiali e profonde; milza porfido e fegato ingrandito con noduli granulomatosi che si trovano pure nel polmone destro; ulcerazioni recenti ed antiche nel colon (colite progressiva).

CASO V. — R. Maria, anni 42, casalinga.

Entra il 12-III-30.

Anamnesi collaterale e remota negativa. La malattia attuale risale ad un anno e mezzo fa, epoca in cui notò tumefazione delle linfoghiandole latero-cervicali destre. Ricoverata dopo 6 mesi dall'inizio del male al Padiglione, l'esame obiettivo faceva rilevare: stato generale buono, torace ed apparato cardio-vascolare nulla di notevole; nella fossa sopraclaveare destra presenza di un impacco ghiandolare duro elastico, a superficie irregolare, mobile, indolente; altre ghiandole con gli stessi caratteri si trovano nella regione latero-cervicale destra e nella sopraclavicolare sinistra.

Organi ipocondriaci non aumentati di volume.

Temperatura apiretica. Esame del sangue: formula normale conservata. R. W. negativa.

Radioscopia del torace: notevole adenite ilare.

Si rifiuta per la biopsia; rimane degente circa 2 mesi, curata con iniezioni iodo-iodurate, senza effetti rilevabili. Esce con diagnosi di « linfoadenite cronica multiple ».

Il 30-I-30 rientra in un Padiglione di Medicina del Policlinico e racconta di aver notato un graduale aumento delle ghiandole del collo e la comparsa di nuove ghiandole all'ascella ed inguine destro.

L'esame obiettivo mette in evidenza numerosi gangli duro-elastici, spostabili, non deformati nel cavo ascellare ed inguinale destro; rileva pure che le tumefazioni ghiandolari cervicali sono aumentate di numero e cresciute. Fegato e milza nei limiti.

Torace: ottusità vertebrale e paravertebrale estesa dalla I alla V dorsale posteriormente, mentre in avanti deborda di 2 dita a destra dello sterno all'altezza della III costa.

Radiografia torace: ombre medianistiche ghiandolari a destra e nello spazio retrocardiaco.

Esame del sangue: nulla di notevole.

La biopsia dà reperto tipico di linfogranuloma maligno (lettura eseguita dal prof. G. Bastianelli).

FIG. 6.

Vien curata con forti dosi di arsenico per via endovenosa e con numerose applicazioni radioterapiche. Si ottiene una modica e regolare diminuzione delle adenopatie, ed un miglioramento dello stato generale.

Il 12-II-30 ci viene gentilmente trasferita onde trattarla con lo Stibional. Da noi ha febbricole quotidiane con massimo di 37,5, come risulta dal-

Aprile
Roberti Maria
Totale 8cc = gr 14 Ant. eresipela

FIG. 7.

la grafica, in cui è pure riportata la cura praticata (vedi fig. 7).

Il 24 aprile insorge eresipela del viso e viene trasferita all'Isolamento. Qui, guarita dall'eresipela che è decorsa in modo normale, ha avuto praticate 6 iniezioni endovenose di Stibional senza effetto sulla curva termica, che persiste nelle oscillazioni irregolari ed esce nelle condizioni di prima senza che si possa apprezzare diminuzione del volume delle adenopatie.

(Continua).

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale del Circolo "Felice Villa" - Mariano Comense.
Direttore: Prof. GUIDO BONZANI.

Ascaridi lombricoidi eliminati per le vie urinarie maschili.

Contributo clinico

del dott. DAVIDE ZANALDA, medico aiuto.

Ritengo degno di interesse riferire il caso clinico di un uomo che ebbe ad eliminare degli ascaridi dalle vie urinarie.

Si tratta di certo C. C., d'anni 52, contadino, che io avevo in cura da parecchio tempo per una affezione cronica dell'apparato respiratorio di natura specifica, ultimamente aggravatasi con profondo decadimento delle condizioni generali, febbre persistente e fatti catarrali imponenti. Nel gentilizio non vi è nulla di particolare. All'esame toracico si nota il reperto comune di una bronco-polmonite tubercolare bilaterale diffusa con fatti ulcerativi. All'addome non si rileva nulla di speciale menzione all'infuori dell'alvo stitico. Le orine scarse uratiche contenevano ultimamente albumina in poca quantità in rapporto all'intossicazione generale ed alla febbre. La forma molto grave di tubercolosi polmonare proseguiva il suo corso inesorabile con poche varianti, quando un giorno la moglie dell'infermo mi mandò ad avvertire che l'ammalato s'era messo d'un tratto ad orinare sangue: promisi che sarei passato a vedere l'ammalato in giornata; ma poco di poi sopraggiunse un altro famigliare a chiamarmi d'urgenza, perchè il paziente era stato preso da forti dolori alla regione dorso-lombare sinistra.

Mi portai presso di lui, ma quando vi giunsi il dolore lancinante che egli aveva avvertito posteriormente in corrispondenza alla regione renale sinistra era scomparso. Constatai la presenza d'uno sprazzo di sangue nel vaso vuoto d'orina, ma l'infermo ammise d'averne emesso molto di più poco prima. Si trattava di una forma di colica renale da calcoli, o, dati i precedenti, d'una vecchia localizzazione del processo tubercolare al rene che si manifestava allora?

Lì per lì non era facile il dirlo: consigliai perciò il ricovero dell'ammalato in quest'Ospedale onde averlo in più comoda osservazione. Quivi non ebbe più emissione di sangue puro; ma le orine rimasero ematiche per tre giorni, e, proprio al terzo giorno del suo ricovero, l'infermo fu preso d'un tratto da violenti premiti d'orinare e dopo molti sforzi dolorosi emise dall'uretra unitamente a parecchi coaguli sanguigni un'ascaride lombricoide morto.

L'ammalato provò subito un sollievo grandissimo; non solo, ma le orine si fecero in breve tempo chiare senza sangue anche alla reazione di Mayer. Dopo una pausa di circa 10 giorni con sintomatologia muta da parte dell'apparato urinario, si verificò altra perdita di sangue vivo dall'uretra, orine ematiche per altri tre giorni ed infine nuova emissione assai dolorosa di un altro ascaride misto a coaguli sanguigni.

Altra pausa più breve di sei giorni appena, e

poi, collo stesso corteo di sintomi emissione dall'uretra di un terzo ascaride. Da notare che tanto per il secondo che per il terzo ascaride non vi fu la precedenza del dolore lancinante alla regione renale come per il primo. Nel dubbio che nell'intestino fosse il deposito, punto di partenza delle varie emigrazioni di ascaridi, vennero somministrate al paziente due dosi di santonina di 10 cgr. l'una, a distanza dall'altra di 24 ore; ma ascaridi non ne vennero espulsi colle feci.

Interessante sarebbe stato l'esame cistoscopico per l'accertamento dello stato della vescica o dell'eventuale presenza in essa di altri ascaridi, o dell'esistenza di fistole. Ma l'esame non si potè compiere. Venne eseguita dal prof. Bonzani l'esplorazione del retto collo speculum, ma non si rilevò alcun segno di comunicazione fra retto e vescica almeno nei limiti accessibili, alla vista ed al dito esploratorio. Circa 20 giorni dopo si ebbe il decesso dell'ammalato.

Io ho voluto accennare al caso attuale come semplice contributo alla casistica delle emissioni di ascaridi attraverso le vie urinarie maschili, eventualità se non proprio eccezionale, certo molto rara.

E' nota la tendenza degli ascaridi ad emigrare dall'intestino nelle diverse parti dell'organismo, nel fegato, nel pancreas, attraverso i canali di sbocco di queste ghiandole: così ascaridi passarono dallo stomaco in laringe, nelle narici e perfino nell'orecchio.

Eichorst nota nel suo trattato anche l'eventualità di localizzazioni insolite, nell'utero, nella vagina, nell'uretra quando esistono delle fistole intestinali interne. Accenno di passaggio che vermi usciti dall'ano possono, data la tendenza veramente particolare degli ascaridi a passare attraverso orifici ristretti, penetrare attraverso l'uretra femminile in vescica per essere riespulsi in seguito: ma tale via di introduzione non pare ammissibile per l'uretra peniana.

Il dott. Carten, nella *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, accenna ad un caso molto analogo al mio. Si trattava di un uomo di 69 anni, che si era presentato da lui per un'iscuria di 24 ore. Nel togliere il catetere che egli aveva introdotto in vescica trovò attaccato al medesimo un'ascaride di 20 cm. di lunghezza. Dopo tre giorni, avendo dovuto di nuovo cateterizzare il paziente, trovò un altro verme di 10 cm. di lunghezza tutto imbevuto di sangue. L'orina era torbida e puzzolente per una cistite determinata certamente dalla presenza degli ascaridi e da una gonorrea complicante.

Nel suo caso particolare il Carten ha escluso che il passaggio dell'uovo o del verme adulto sia avvenuto dall'intestino alla vescica attraverso canali fistolosi ed emise invece l'ipotesi che il verme sia giunto in vescica attraverso le vie linfatiche, seguendo in parte le ultime vedute intorno al ciclo evolutivo degli ascaridi del Fulleborn.

Senza poter escludere con sicurezza che anche nel caso mio le larve degli ascaridi abbiano potuto giungere in vescica attraverso le vie linfatiche, è più ovvio pensare, trattandosi di individuo tubercoloso, che una qualche fistola tra intestino e vie urinarie, non rilevabile coi comuni mezzi di indagine, abbia permesso il passaggio dei vermi adulti direttamente in vescica. Anzi, il fatto che l'infermo notò un vivo dolore alla regione renale sinistra, poco prima di emettere il primo ascaride, indurrebbe alla ipotesi che lo sbocco della fistola fosse avvenuto nel bacinetto, donde attraverso l'uretere gli ascaridi sarebbero giunti in vescica, indi emessi all'esterno attraverso l'uretra.

RIASSUNTO.

E' fatto pubblico la storia d'un caso di emissione d'ascaridi delle vie urinarie naturali maschili. Si accenna alla eccezionale rarità del caso; si cita il caso analogo del Pasteur, e si espongono le varie ipotesi sul modo col quale gli ascaridi possono essere giunti in vescica.

BIBLIOGRAFIA.

Eichorst. *Trattato di patologia speciale medica.*
Carten. Deutsche Medizinische Wochenschrift.

L'ATTUALITÀ SCIENTIFICA

Sulla comparsa e sul significato di veleni tissulari negli stati di shock nell'uomo.

(H. SCHNEIDER. *Deut. Zeit. f. Chir.*, vol. 229, dicembre 1930).

Negli ultimi anni è stata posta la questione del significato dell'istamina e sostanze affini per lo stabilirsi dello shock traumatico nell'uomo. Iniezioni di istamina negli animali determinano un quadro del tutto simile allo shock umano, e si pensò che anche questo derivasse dalla istamina: ma la prova farmacologica dell'istamina nel sangue dei traumatizzati non fu mai fatta.

L'A. si è proposto di ricercare l'istamina nel sangue di traumatizzati, studiandone i due poteri principali: l'attività ipotensiva, e la capacità di eccitare l'intestino isolato di cavia, con questo mezzo si possono valutare diluizioni fino a 1/10.000 di mmgr. di istamina. Il metodo usato per l'estrazione di istamina dal sangue fu quello di Guttentag col quale si riconosce certamente una quantità nota di istamina aggiunta al sangue.

Negli estratti fu riscontrato un aumento, fino a 300 volte, della attività eccitatrice dell'intestino, già presente in modica misura negli estratti di sangue normale; ma non fu mai rivelata una equivalente capacità di abbassare la pressione del sangue, come sarebbe dovuto accadere se gli estratti avessero contenuto istamina. L'A crede che nei traumi gravi, colla distruzione di tessuti vengano poste in circolo sostanze eccito-intestinali che non hanno nulla a che fare con l'istamina, e che non possedendo potere ipotensivo non sono shockigene. Tali sostanze si ritrovano anche dopo operazioni gravi condotte con notevoli danni di tessuti (asportazioni di grandi tumori) e in casi di ustioni gravi.

D'altra parte non si può ammettere che la istamina prodotta nel focolaio traumatico scompaia subito dal circolo sia perchè è stata sempre ritrovata nel sangue di animali da esperimento l'istamina iniettata, sia perchè si deve imaginare che dal focolaio del trauma debba partire una specie di infusione duratura di istamina e non una sola iniezione per una volta.

L'A. conclude che negli shock traumatici degli uomini non si riesce a mettere in evidenza nè istamina nè sostanze simili che possano considerarsi come causa dello shock. Tali sostanze infatti come l'istamina sono capaci di eccitare l'intestino di cavia isolato, ma non di abbassare la pressione del sangue.

Perciò è da allontanare l'ipotesi che lo shock traumatico sia prodotto da un veleno tissulare di origine traumatica.

P. STEFANINI.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DI SENSO.

Idee nuove sulla patogenesi, l'anatomia e il trattamento del distacco retinico.

(G. P. SOURDILLE. *Bull. Méd.*, n. 46, 25 ottobre 1930).

Da qualche anno il distacco della retina suscita, nel mondo oftalmologico, un rinnovato interesse. La pubblicazione delle nuove tecniche chirurgiche ha fatto nascere delle speranze, spesso del resto esagerate. Non è possibile però attualmente negare il miglioramento considerevole delle statistiche, miglioramento che deve ancora progredire a misura che la malattia sarà meglio conosciuta.

Sotto il nome di distacco della retina non si designa in realtà la separazione di questa membrana, ma lo sdoppiamento dei due foglietti primitivi embrionari della membrana visiva, l'epitelio pigmentario, fortemente aderente alla coroide, e la retina sensoriale. Questo richiamo embriologico non è senza interesse rispetto alla predisposizione congenita, talora anche ereditaria, di una affezione che colpisce i due occhi ad intervallo più o meno lungo di tempo.

L'origine del distacco ha suscitato molte discussioni. Gonin, partigiano della teoria di Leber, della retrazione del vitreo, spiega il distacco della membrana visiva con la comparsa di uno strappo prodotto ordinariamente nel punto di impianto delle aderenze, più raramente con una disinserzione a livello dell'ora serrata. Attraverso la breccia così prodotta, il liquido vitreo, in precedenza separato dalla sua trama, passerebbe sotto la retina, provocando il distacco. Lo strappo, costante, sarebbe la condizione indispensabile per la comparsa del distacco.

Una ipotesi nuova è stata sostenuta dal prof. Sourdille (di Nantes). Lo scollamento retinico, ritorno patologico ad una fase evolutiva dell'occhio, fase che precede immediatamente l'accollamento dei due foglietti della vescicola oculare secondaria, è dovuto ad una alterazione delle aderenze normalmente esistenti fra questi due foglietti. Il foglietto sensoriale della retina è spinto verso l'interno dal vitreo che lo applica sull'epitelio pigmentario, fortemente aderente alla coroide; esso è fissato a questo epitelio dai prolungamenti a peli di spazzola che quest'ultimo invia fra i coni ed i bastoncelli. L'insieme di questi prolungamenti, dato il numero dei coni e dei bastoncelli, costituisce un mezzo di fissaggio relativamente potente. Se l'epitelio retinico, la cui funzione è spesso turbata nei miopi, candidati al distacco, viene a soffrire, per una ragione qualunque, la resistenza dei prolungamenti diminuisce. Se nello stesso tempo la tensione del vitreo, la sua forza d'imbibizione si abbassa-

no (caso dei miopi forti e di certi occhi arterio-sclerotici), la retina visiva, poco aderente, avrà tendenza a staccarsi dal fondo dell'occhio, sopratutto nelle sue parti superiori, sotto l'azione del suo peso specifico relativamente elevato. Fra essa e l'epitelio si forma una cavità che sarà rapidamente occupata da un liquido trasudato dai vasi coroidei. La lesione in questo momento è ben localizzata, sempre molto anteriore. È a questo livello che il microscopio ha dimostrato al Sourdille, in due casi colpiti all'inizio, delle lesioni molto importanti: migrazione pigmentaria retino-coroidale, assottigliamento considerevole dell'epitelio ed anche alterazioni considerevoli, sotto forma di una vera lisi dei coni e dei bastoncelli, nutriti dalla coroide. È là il focolaio iniziale del distacco. Questo focolaio è difficilmente svelabile all'oftalmoscopio, essendo molto periferico. Essendo precoce si manifesta con segni clinici minimi. Lentamente, nella saccoccia così formata, il liquido si accumula ed il suo peso, sotto l'effetto dei movimenti del globo, tende a scollare la retina sottostante, anche se, a questo livello, l'epitelio, come sembra sia di regola, abbia meno sofferto.

Spesso però, in occasione di un traumatismo leggero, di un movimento violento, di uno sforzo, il liquido distacca bruscamente un largo segmento di retina.

In questa concezione l'importanza dello strappo che, per quanto incostante, è molto frequente, è secondaria. Esso appare assai spesso nel momento in cui si esteriorizza clinicamente il distacco. Quanto alla origine della lesione epiteliale, essa probabilmente dipende da cause varie, meccaniche, infettive, ecc. Ma un fattore unico ravvicina fra loro questa etiologia, l'alterazione vascolare. L'irrigazione particolare della regione dove ha sede l'alterazione primitiva (a livello o al davanti dell'equatore dell'occhio) spiega sufficientemente questa localizzazione.

Nel corso di questi ultimi anni tanto la teoria di Gonin, quanto quella di Sourdille hanno dato origine ciascuna ad un procedimento operatorio nuovo e ciascuno di questi procedimenti ha registrato un gran numero di successi. Occorre spiegare la somiglianza apparentemente paradossale dei risultati ottenuti con i due procedimenti.

Ciascuna delle due tecniche operatorie si inspira alle idee patogenetiche dell'autore.

Gonin, per evitare il passaggio del liquido vitreo sotto la retina, cerca di chiudere lo strappo. Occorre quindi localizzare con estrema precisione lo strappo. Proiettato sulla sclerotica il punto in cui esiste lo strappo, l'operazione consiste nell'affondare al suo livello e fino al vitreo, dopo incisione della capsula fibrosa, la punta di un termocauterio. Dopo la operazione, la testa è immobilizzata in modo che il peso del vitreo gravi sullo strappo.

Questa immobilizzazione viene prolungata una diecina di giorni.

Sourdille crede che sia, al contrario, sufficiente rimpiazzare le aderenze epitelio-retiniche deficienti con delle aderenze patologiche cicatriziali che fissino la retina e la coroide, ed a questo scopo cerca di produrre una reazione infiammatoria discreta fra i due foglietti. Occorre però prima ristabilire il contatto fra essi. Per ottenere ciò occorre evacuare il liquido sottoretinico e in seguito immobilizzare il malato in una posizione tale che per il solo fatto del suo peso la retina possa cadere sul fondo dell'occhio e restarvi. La reazione adesiva può essere ottenūta con il galvano-cauterio o con una soluzione 1/1000 di cianuro di mercurio con novocaina. Si associerà un trattamento generale quando sia possibile determinare la malattia che ha prodotto il distacco, ed un trattamento locale per iniezioni sottocongiuntivali e per instillazioni.

Secondo l'A. la somiglianza dei risultati ottenuti dai due procedimenti si spiegherebbe per il fatto che la puntura obliterante di Gonin agisce più per la reazione adesiva estremamente intensa che produce, che per la chiusura dello strappo. TOSCANO.

L'osteopsatirosi combinata con sclere bleu e sordità.

(KÖNIGSFEST. *Brun's Beit. z. Klin. Chir.*, 150, 1, 1930).

La prima descrizione dell'osteopsatirosi è stata fatta da Lobstein nel 1825 ed è caratterizzata da fratture multiple che sono state ritenute come idiopatiche attribuite ad un fattore ereditario, ad una osteogenesi imperfetta, ad osteomalacia congenita, a displasia periostale. Eddowes (oculista) nel 1900 mise in evidenza la connessione della osteopsatirosi con le sclere bleu, descrivendo due casi con questa colorazione nelle sclerotiche accompagnata da frequenti fratture (in 2 anni 10 fratture).

A questi due segni venne aggiunto da Dighton nel 1912 un terzo, la sordità raggiungendo così una triade sintomatica con la quale questa malattia viene rappresentata.

Nel 1916 da van der Hoeve vennero presentati alla società oftalmologica olandese alcuni pazienti con queste tre alterazioni che colpivano 22 persone in 4 generazioni e che venivano da lui attribuite ad alterazioni del tessuto mesodermico.

Nel 1916 da Hofmann fu emessa l'idea di alterazioni delle secrezioni interne avendo riscontrato in un paziente un piccolo gozzo ed una forte adiposità.

L'A. riporta 5 casi di cui 4 osservati nel reparto chirurgico dell'ospedale Elisabetta di Berlino diretto da Landois.

Una donna di 25 anni con 7 fratture nel-

l'anamnesi a cominciare dall'età di 3 anni, con ambedue le sclere colorate in bleu, senza alterazione dell'udito.

Un secondo caso in un giovane di 23 anni la cui madre aveva le sclere bleu, senza però alcuna alterazione delle ossa; il paziente aveva avute 11 fratture, aveva ambedue le sclere bleu, udito normale.

Un terzo caso riguardava una donna di 48 anni con 4 fratture nell'anamnesi, ambedue le sclere bleu, nessuna alterazione dell'udito.

Il 4° caso era rappresentato da un uomo di 39 anni il cui padre ed una sorella avevano le sclere bleu e varie fratture nell'anamnesi. Questo paziente aveva 11 fratture nell'anamnesi; presentava le due sclere bleu ed un udito difettoso solo a sinistra.

Il 5° caso è stato osservato dal dott. Herz dell'ospedale Imperatrice Augusta Vittoria e riguardava un giovane di 13 anni il cui padre aveva avute in 22 anni 26 fratture. Il paziente aveva avute 13 fratture, presentava le sclerotiche bleu e l'udito sinistro alquanto alterato. Le fratture si erano verificate con forte dolore ed erano guarite normalmente.

Sintomi e costituzione. Dei tre sintomi il più frequente è quello delle sclere bleu, poi viene quello della oteopsatirosi e infine quello della sordità.

Riguardo al sintoma osteopsatirosi che è il più interessante dal lato chirurgico si può dire che le fratture possono cominciare nella vita fetale, o nei primi anni di vita, ma anche nell'età avanzata. Più presto compare la malattia più elevata è la sua gravità. Le fratture differiscono dalle normali soltanto per il momento rappresentato per lo più da traumi insignificanti che qualche volta sembrano mancare. E' descritta come caratteristica una forte dolorabilità.

Le fratture sono per lo più localizzate alle ossa lunghe ma possono colpire anche le ossa corte. Le fratture delle estremità inferiori sono il doppio più frequenti di quelle delle estremità inferiori.

La guarigione delle fratture avviene ordinariamente rapida e vi sono decritti casi nei quali la frattura dopo pochi giorni era consolidata. Nella maggioranza dei casi la frattura non si è verificata su una precedente. Però esistono casi di guarigione ritardata e con deformità e qualche volta con anchilosi articolare.

All'esame radiologico le ossa di questi soggetti lasciano apprezzare una maggior penetrazione dei raggi, un assottigliamento della corticale ed un aumento della cavità midollare e della spongiosa. Le epifisi mostrano i segni di una decalcificazione simile a quelli della rachitide ma nondimeno il contenuto del calcio è sempre maggiore che nella rachitide e nella osteomalacia. In tutti i casi sono state descritte ricche formazioni di callo con buona calcificazione.

Le osservazioni istologiche fanno ammettere delle alterazioni degli osteoblasti che sarebbero insufficienti ed un aumento dell'attività degli osteoclasti. Secondo Doering si verificherebbe un aumento dell'attività periostale ed un esagerato riassorbimento che porterebbero ad una displasia e atrofia della corticale. Nel midollo osseo sono state trovate delle zolle omogenee circondate da polinucleari che sono riguardate da Pommer come stimmate tipiche dell'osteopsatirosi.

La colorazione bleu della sclera, da distinguersi da colorazioni appena accennate e del tutto normali, viene attribuita ad una forte pigmentazione, da altri ad una trasparenza dello strato esterno, da altri ad una alterata opalescenza della sclera.

Bronson e Vogt pensano ad una aumentata trasparenza della sclera per cui traspare il pigmento coroideo. Le ricerche istologiche di Buchanan e di Hay avrebbero messo in evidenza una riduzione nello spessore della sclera e quindi una estrema sottigliezza di essa che spiegherebbe la colorazione bleu. Sta contro questa asserzione il non riscontrare mai nelle sclere bleu sclerectasie o stafilomi.

La sordità, terzo sintoma, consiste per lo più in una otosclerosi che poggia su un momento costituzionale. Le ricerche radiologiche della rocca hanno fatto rilevare una abnorme calcificazione del labirinto che fa pensare a vecchie fratture, possibilmente anche del periodo fetale. Recentemente queste alterazioni dell'orecchio sono state messe in rapporto con le secrezioni interne.

In concomitanza sono state trovate saltuariamente altre alterazioni come sindattilia, caput obstipum, vizi cardiaci congeniti, spina bifida, emofilia, ed in alcuni casi un aumento dei linfociti nel sangue con una certa eosinofilia ed eritropenia.

È importante il riscontro della ereditarietà che si verifica in molti casi descritti.

Bronson in 4 generazioni di una famiglia trovò 20 osteopsatirosi, 20 sclere bleu e 7 sordità.

Per la patogenesi si ammette una anomalia del mesenchima da cui la sclera e le ossa derivano fisiologicamente.

Secondo Kienböck la osteopsatirosi non sarebbe un'atrofia primitiva ma secondaria ad un'affezione di organi interni specialmente delle ghiandole sanguigne che non elaborano sostanze per la nutrizione delle ossa. Fra questi organi interni si è pensato alle paratiroidi, alla ipofisi e ciò anche in base ai risultati di tentativi di organoterapia. Rolleston e Antonelli ammettono una causa luetica, Charcot alterazioni del sistema nervoso centrale, altri un alterato ricambio, Czerny e Keller una forma di avitaminosi.

Il decorso della malattia tende alla guarigione e verso la pubertà avviene una defini-

tiva sosta nel senso che non si verificano più le fratture. Vi sono dei casi con una apparente remisione nella pubertà ed una recidiva in seguito.

Per la cura il trattamento con sostanze ovariche e testicolari o con esclusione di questi organi con l'irradiazione sono rimasti infruttuosi; lo stesso dicasi per gli estratti del timo, tiroide, ipofisi.

Recentemente sono stati descritti risultati buoni col vigantolo, l'ergosterina.

R. BRANCATI.

La diagnosi della vertigine auricolare.

(BALDENWECK. *Le Journal médical français*, tome XIX, n. 4, 1931).

Per vertigine di origine otica, intendiamo la vertigine dovuta ad una lesione anatomica o ad un disturbo funzionale dell'orecchio interno, più esattamente del labirinto vestibolare, cioè della porzione iniziale delle vie vestibolari chiuse nella rocca e divise nei tre canali semicircolari, otricolo e sacculo.

Si eliminano in tal modo le vertigini in rapporto con una lesione delle vie labirintiche poste dietro alla rocca: nervi e centri vestibolari, connessioni sopranucleari.

Caratteri della vertigine: il principale è la sensazione di spostamento percepita dal soggetto, sensazione erronea, illusione. A questo principio fondamentale occorre aggiungerne un secondo: l'assenza di perdita della conoscenza.

È classico raggruppare le sensazioni obiettive e subiettive nei tre gruppi:

a) Una sensazione erronea, percepita come vertigine subiettiva (squilibrio interno con esito in una sensazione di spostamento), o come vertigine obiettiva (illusione che gli oggetti esterni siano animati di movimento), o come vertigine obiettiva e subiettiva riunite.

b) Disturbi obiettivi di squilibrio: caduta o tendenza alla caduta, disturbi del cammino, impossibilità di tenersi diritto, seduto o in una determinata posizione. Romberg, prova dell'indice.

c) Fenomeni connessi: nistagmo oculare, sordità, ronzii, nausee, vomiti, pallore, sudore, polso piccolo e frequente. Questa sindrome può essere completa come nella sindrome di Ménière, attenuata o parziale; continua o progressiva, continua con crisi, intermittente, isolata.

D'altra parte ricordarsi che molti vertiginosi non sanno descrivere le loro sofferenze, altri qualificano per vertigini sofferenze vaghe, altre vertigini sono, per così dire, latenti, altre sono « da posizione » e che anche se l'esame obiettivo è negativo, molte volte la vertigine è reale e ridotta alla sola sensazione vertiginosa subiettiva. Al contrario eliminare, perchè sono false vertigini, le affezioni accompagnate da traballamento delle gambe, da atassia degli arti, da caduta con perdita della conoscenza, dagli stati ansiosi specie dall'agorafobia.

Caratteri propri della vertigine otica: è essenzialmente una vertigine rotatoria, data la direzione, nei tre piani dello spazio, dei tre canali. Sembra che la sensazione di caduta verticale (vertigine dell'ascensore), sia dovuta a difettoso funzionamento degli otoliti. Dopo l'anamnesi auricolare ricercare le particolarità della sensazione vertiginosa, i disturbi subiettivi auricolari, il nistagmo spontaneo, il nistagmo provocato, i disturbi dell'equilibrio.

Una vertigine puramente obiettiva deve far pensare ad una lesione retro labirintica; la vertigine otica pura, per violenta e prolungata che sia, procede per crisi; una vertigine continua o regolarmente progressiva deve far pensare ad una alterazione del sistema nervoso centrale. È utile indagare sulla sordità e sui ronzii: la sordità labirintica è spesso intensa e, ad ogni modo, colpisce principalmente i suoni acuti: in genere preesiste alla vertigine con aumento dopo la crisi. In taluni casi la vertigine fa ritornare nella crisi l'udito (perdita dell'angiospasmo dell'arteria uditiva interna).

Il nistagmo spontaneo è segno fedele e preciso: obbedisce a leggi che sfuggono alla cerebralità del soggetto. Nelle affezioni otiche può esservi nistagmo senza vertigini: non manca mai nelle gravi crisi vertiginose, ed allora la sua direzione è la stessa dello spostamento vertiginoso. Se preesiste alla crisi si accentua e può cambiare il senso di direzione. Per ricercarlo correttamente si fa fissare un soggetto posto ad una ventina di cm. spostandolo regolarmente verso destra e verso sinistra. Il nistagmo spontaneo otico, come tutti i nistagmi di origine vestibolare, è un nistagmo « a molla »; cioè è formato da una scossa (componente) lenta, iniziale, seguita da una scossa (componente) brusca; per definizione il senso del nistagmo è quello della scossa rapida. Questo nistagmo si oppone a quello pendolare ove le due scosse sono uguali e che non si riscontra nelle affezioni vestibolari. Altro carattere fondamentale è che il nistagmo otico spontaneo, come tutti i nistagmi vestibolari, è orizzontale rotatorio puro, meno spesso orizzontale puro. Un nistagmo verticale deve far sospettare l'idea di una affezione cerebrale o di una complicazione cerebrale di un'affezione vestibolare.

Lo studio del nistagmo provocato è indispensabile per la diagnosi: esso deve essere fatto dallo specialista. È detto provocato perchè compare dopo manovre destinate ad eccitare le vie labirintiche: è perciò ben differente dal nistagmo spontaneo che è sempre patologico, dato che i normali non hanno nistagmo. Il nistagmo provocato, al contrario, è, per sè stesso, un fenomeno normale. Il nistagmo provocato dall'eccitazione labirintica è un fenomeno fisiologico, come è fisiologica la contrazione di un muscolo dopo l'eccitazione elettrica. L'ec-

citazione vestibolare offre una risposta che è il nistagmo provocato governato da leggi precise, ma determinato dalla natura e dalla intensità dell'eccitante. Allo stato patologico, come nel caso della vertigine, la reazione può essere modificata, in più, in meno, in una forma, nell'altra.

Così all'eccitazione il labirinto si potrà mostrare: ipereccitabile, ipoeccitabile, aneccitabile. L'ipereccitabilità è poco frequente nelle affezioni limitate all'orecchio interno: non esiste nelle complicazioni labirintiche pure delle otiti medie, nelle quali si trova sempre dell'ipo o aneccitabilità. E questo porta ad un risultato in apparenza paradossale: che in un vertiginoso per labirintite l'esplorazione vestibolare può nè aumentare nè risvegliare una vertigine, mentre essa ne scatena, insieme col nistagmo, in un normale. Nel primo caso, il labirinto non essendo che poco o ineccitabile, la reazione vertiginosa sperimentale non si produce. Le prove che permettono esplorare il labirinto sono: la prova di Barany (calorica) che con acqua fredda dà un nistagmo orizzontale rotatorio dal lato opposto (acqua fredda a destra, nistagmo a sinistra). Compare dopo un tempo di latenza dai 15'' ai 20'', dura un 25'' dopo l'iniezione di 15 cc. di acqua a 27°.

La prova rotatoria (nistagmo postrotatorio) dà luogo a nistagmo immediato, per 35'', dopo 20'' di rotazione; è diretto a sinistra quando si fa ruotare nel senso delle lancette di orologio.

La prova galvanica, con uno o due miliampères, dà luogo ad inclinazione della testa dal lato del polo positivo, e con tre mila ampères a nistagmo rotatorio dal polo negativo.

Nell'esame di un vertiginoso non bisogna trascurare i movimenti reazionali ed i disturbi dell'equilibrio i quali anche obbediscono a delle leggi. Sotto il nome di movimento reazionale si designa uno spostamento involontario, incosciente, costante nella sua direzione, e che può essere statico o dinamico: deviazione della testa, del tronco o del corpo intero, deviazione nei movimenti comandati (Barany). È carattere di questi movimenti di farsi nel senso della componente lenta del nistagmo a meno che non vi sia perturbamento delle connessioni vestibolari sopranucleari. Così un nistagmo a sinistra deve accompagnarsi ad una deviazione dell'indice a destra; nel caso contrario bisogna pensare ad un disturbo concomitante od esclusivo al di là dei nuclei vestibolari: il più spesso si tratta di risentimento cerebellare. La direzione verso la quale si hanno i disturbi dell'equilibrio statico, è anche comandata dalla direzione del nistagmo ed avvengono anche essi nel senso della componente lenta, per lo meno quando la testa è in posizione normale. Così, ad es. nella ricerca del Romberg, l'inclinazione e la caduta del soggetto si faranno a destra, se il nistagmo spontaneo è diretto a destra, a condizione che la testa sia ritta. Ma se si interviene a modificare la posizione della testa, il senso della caduta differisce, pur restando entro regole determinate: così, come nell'es. precedente, col nistagmo a sinistra, la caduta avverrà in avanti se la testa è ruotata di 45° verso la sinistra. È importante il fatto che il triplice legame fra nistagmo, caduta e posizione della testa, non esiste che nelle affezioni vestibolari periferiche. Nelle affezioni cerebellari, specialmente, la caduta non è influenzata dalla posizione della testa.

Riassumendo: la vertigine otica è una vertigine rotatoria; essa si accompagna, in genere, con sordità e ronzii, con nistagmo spontaneo a molla, con disturbi dell'equilibrio evidenti o latenti (svelabili con il Romberg e con la deambulazione ad occhi chiusi, con movimenti reazionali il cui più semplice è la deviazione dell'indice, con modificazioni dell'eccitabilità vestibolare misurabile con prove speciali). Molti sintomi aumentano chiudendo gli occhi.

Occorre pertanto, nella diagnosi differenziale, eliminare: il nistagmo pendolare od irregolare, in genere dipendente da un disturbo del sistema nervoso centrale, da disturbi mioclonici della muscolatura oculare o da alcune ambliopie. Eliminare la vertigine oculare: alla quale bisogna pensare ogni qual volta non vi sono lesioni auricolari evidenti. In questo caso si vede la vertigine guarire con la semplice applicazione di lenti correttrici. Nella diplopia e nell'astenopia accomodativa la vertigine non è sempre rotatoria, viene in determinate attitudini (sguardo in aria), nè vi sono movimenti reazionali associati. Caratteri negativi delle vertigini riflesse sono: il difetto di sistemazione della vertigine, l'abbondanza o la mancanza di nettezza delle sensazioni descritte, l'assenza di movimenti reazionali, l'assenza o l'irregolarità del nistagmo, spesso la leggerezza, ed anche l'assenza, dei disturbi dell'equilibrio.

Queste vertigini riflesse guariscono rapidamente trattando la causa: sinusite (specie frontale o sfenoidale), denti malati, malattie gastro-intestinali, disturbi del sistema neurovegetativo, disturbi endocrini.

Si tende ad ammettere che i disturbi circolatori o le ritenzioni tossiche (nefriti) agiscono sui vasi e sui liquidi dell'orecchio interno causando vertigini. Tuttavia bisogna tener conto anche della azione delle stesse cause sul circolo cerebrale, determinandosi più che una vertigine labirintica una vertigine extra labirintica.

Le meningiti sierose, i tumori cerebrali, i versamenti sanguigni o purulenti retro petrosi possono accompagnarsi con vertigini e se la causa dell'ipertensione colpisce direttamente il nervo vestibolare, la rassomiglianza con la vertigine otica è tanto grande, dato che anche le prove vestibolari possono mostrarsi anormali. Vale allora la continuità ed anche la progressione della vertigine e del nistagmo. Se il nervo non è direttamente colpito, la vertigine pur

essendo continua è poco violenta, i disturbi uditivi sono scarsi o nulli, esiste dolore profondo, gravativo dalla parte lesa, spesso all'altezza della nuca.

Quando la causa dell'ipertensione ha sede nella fossa posteriore, si trova un segno interessante: la crisi vertiginosa e di nistagmo spontaneo nel rovesciamento della testa all'indietro. Ma la diagnosi è orientata dalla esplorazione istrumentale: messi in evidenza da Eagleton si hanno sintomi che possono essere valutati solo dallo specialista. Si trovano cioè delle reazioni dissociate, e parziali in uno con le prove voltaiche. Bisogna mettere da parte i tumori dell'angolo ponto-cerebellare, abbenchè qui la vertigine è tardiva, posteriore alla sordità ed ai ronzii. Alla cefalea tenace, talora ai disturbi visivi, più raramente alla paralisi facciale, si aggiungono disturbi dell'equilibrio marcati con direzione verso il lato del tumore. Ma questi disturbi dell'equilibrio non sono mai aumentati dalla chiusura degli occhi.

La vertigine cerebellare (ascesso, tumore) si oppone facilmente alla vertigine labirintica: scarsi o nessun disturbo uditivo, la vertigine ed il nistagmo possono non essere rotatori, la sensazione vertiginosa è lieve, in relazione agli importanti disturbi dell'equilibrio. Non vi è relazione fra caduta, la posizione della testa e la direzione del nistagmo. La deambulazione è piuttosto a zig-zag che deviata in un senso dato come nella vertigine labirintica. Il nistagmo spontaneo non segue le regole del nistagmo otico e può mancare. Se esistono, saranno utili i sintomi cerebellari sia della serie Babinski che Thomas. Ma in pratica la differenziazione è spesso difficile: la sintomatologia è spesso frusta, e non è rara la prolungata latenza; talora le due lesioni si associano.

Altra diagnosi delicata si ha se la vertigine origina per lesione nello stesso orecchio interno o nel tronco del nervo vestibolare (cioè fra il forame uditivo interno ed i nuclei bulbari). I tumori dell'acustico, propriamente detti, non si differenziano molto dai tumori dell'angolo ponto cerebellare se non fossero generalmente doppi: è una forma particolare di morbo di Recklinghausen e può accompagnarsi con lesioni similari di altri nervi cranici. È un tumore che nasce nel fondo del condotto uditivo e delle radiografie in posizione di Stenwers mostreranno l'allargamento del forame uditivo interno.

Una vertigine brusca, violenta, con sordità marcata o completa, con ronzii intensi, talora con paralisi del facciale, in soggetti giovani, debbono fare immediatamente pensare ad una localizzazione della sifilide secondaria sul nervo vestibolare.

Più difficili da precisare sono le vertigini in rapporto con una nevrite vestibolare (specie quando la causa è antica), prodotta da orecchioni, traumi cranici, meningiti cerebro spinali. Si ricercheranno allora i disturbi uditivi, il diapson mostrerà una delle modalità della nevrite cocleare.

Distinguiamo le seguenti forme cliniche della vertigine otica.

La vertigine di Ménière, dall'A. attribuita ad emorragie labirintiche (leucemie, arteriosclerosi, decompressione brusca, frattura della rocca), ma che si può riscontrare anche nelle suppurazioni del labirinto, nella sifilide secondaria, nell'angiospasmo dell'arteria uditiva interna, talora in talune sordità progressive, eccezionalmente nel zona ottico. Durata da qualche giorno a qualche ora; in genere alla grande crisi fa seguito uno stato vertiginoso.

Le grandi vertigini, che non raggiungono l'acutezza della Ménière; discontinue, le vertigini attenuate.

Le vertigini di posizione.

Diagnosticata una vertigine otica, ricercarne la causa; in verità questa affiorerà nella diagnosi di sede. Il tappo di cerume, il catarro tubo timpanico, possono portare all'ipertensione labirintica. È molto frequente la sifilide.

Due grandi gruppi di vertigini tengono la loro origine nel primo caso ad una complicazione labirintica di una otite media suppurata, nel secondo caso alla evoluzione di una sordità cronica progressiva (otosclerosi, arteriosclerosi, processi adesivi della cassa, autointossicazioni croniche). MONTELEONE.

Concetti moderni sulla tubercolosi dell'orecchio medio.

(F. BRUNETTI. *Il Valsalva*, maggio 1931).

L'A., partendo da alcune osservazioni personali, rileva la notevole importanza dottrinale e pratica della tubercolosi dell'orecchio medio. Sulla base di nuove concezioni che ammettono l'esistenza di un complesso di forme morbose di natura tubercolare ma distinte dalla bacillosi vera e propria (granulemia prebacillare di Calmette), l'A. pensa che possano rientrare nel grande gruppo delle otiti tubercolari un certo numero di lesioni secretive dell'orecchio medio, di cui la natura non risulta da precisi dati obbiettivi o di laboratorio, mentre l'andamento clinico del male fa pensare che si tratti di manifestazione tubercolare.

Un'otorrea che s'inizia subdola, indolora, febbrile, senza essere stata preceduta da una malattia infettiva (morbillo, scarlattina, tifo, polmonite, influenza) o da una banale affezione acuta del naso o della faringe ha molta probabilità di essere di natura Kochiana. Tanto più se l'anamnesi personale od ereditaria del paziente mettono in evidenza dei precedenti morbosi sospetti o chiaramente tubercolari ed ancor meglio se l'esame dimostra l'esistenza di lesioni specifiche o dubbie o la coesistenza di localizzazione bacillare in altre sedi.

L'A. si diffonde poi sui criterî diagnostici, facendo rilevare, fra l'altro, che la ricerca del bacillo di Koch fallisce quasi sempre, mentre non sarebbe infrequente il reperto di bacilli acido-resistenti. Ad ogni modo è predominante il criterio clinico.

Per quanto riguarda la terapia, l'A. si dimostra favorevole alla cura conservativa ed all'elioterapia. *fil.*

Dermografismo e disturbi labirintici.

(M. SCALZITTI. *Il Valsalva*, giugno 1931).

Con l'estendersi delle ricerche sulla fisiologia del sistema nervoso della vita vegetativa, il fenomeno del dermografismo va acquistando un certo valore pratico nella semeiologia del sistema simpatico-parasimpatico.

Tale fenomeno, che si tende oggi a considerare come fisiologico, è di natura prevalentemente capillare. Per addentrarsi però meglio nello studio del fenomeno, è opportuno esaminare i singoli caratteri, anche minuti, della reazione dermografica.

Per questo l'A. ha preso in esame i rapporti che possono intercorrere fra dermografismo e disturbi labirintici.

Ha studiato gli infermi con disturbi labirintici e quell affetti da differenti forme di otomastoiditi senza tali disturbi. In tutti ha esaminato il dermografismo sperimentalmente col dermografo ed obbiettivamente sul letto ungueale, segnando la latenza, la persistenza, il tempo di scomparsa del fenomeno.

Ha così veduto che, in tutti i casi di irritazione labirintica, sia funzionale che organica, si può trovare una reazione dermografica caratteristica, sia sperimentale che obbiettiva, Tale reazione non arreca modificazione alle prove labirintiche, ma soltanto viene da queste influenzata.

A differenza di quanto avviene nei normali e negli individui con otomastoiditi, *la reazione negli individui con disturbi labirintici ha maggiore intensità* ed è più lenta a manifestarsi; detti caratteri si accentuano e si modificano anche con le prove labirintiche.

Nei pazienti con sindrome labirintica (Menière, Lermoyez, sindrome angionevrotica dell'VIII paio) appare manifesta una modificazione della formula regionale, sia nel senso della vivacità della reazione vasocostrittrice che di quella dilatatrice. *fil.*

ORGANI DIGERENTI.

L'ulcera callosa dello stomaco e la cosidetta ulcera-cancro.

(H. HARTMANN. *Gazette des Hôpitaux*, 1° ottobre 1930).

L'ulcera callosa dello stomaco è una varietà di ulcera che risiede generalmente a livello della piccola curvatura, talvolta a livello della regione pilorica. Riposa su di una base indurita, fibrosa, vera callosità. In genere è unica e di piccole dimensioni. Presenta dal lato della mucosa dei bordi nettamente tagliati.

A causa dell'estensione del processo infiammatorio cronico caratteristico dell'ulcera callosa, si formano aderenze con la parete addominale, col fegato, col pancreas. Tutti questi caratteri generali sono comuni a tutte le ulcere: ma uno studio attento di esse e sopratutto l'esame microscopico mostrano che esse sono differenti le une dalle altre sì da poterle distinguere in: ulcere callose vere, ulcere cancerose e ulcere tubercolari.

Ulcere callose vere. — Lo studio microscopico delle ulcere callose vere resecate dall'A. ha messo in evidenza che la mucosa presenta lesioni infiammatorie manifeste con abbondanti cellule linfoidi e infiltrazione di cellule rotonde.

Un doppio meccanismo distrugge la mucosa: in superficie è la necrosi e la suppurazione che agisce, in profondità c'è invece l'inazione da parte di un tessuto di sclerosi infiammatoria che distrugge anche la tunica muscolare e invade perfino il peritoneo, donde le placche grigiastre che esteriormente segnalano la lesione e le aderenze con gli organi vicini. La caratteristica dell'ulcera callosa è l'esistenza di un processo di infiammazione cronica che conduce alla formazione della callosità.

Su alcuni pezzi l'A. ha potuto riscontrare la presenza di adenopatie e perfino di tessuti giovani, tessuti infiammatori a tipo quasi acuto. Taluno ha perfino segnalato la presenza di streptococchi sulla superficie dell'ulcera o nel tessuto scleroso sottostante. La presenza di agenti microbici spiega il decorso della malattia con i suoi periodi di calma e con le crisi producentesi in conseguenza del risveglio del microbismo latente.

Ulcere cancerose. — Ad occhio nudo alcune di queste ulcere hanno un aspetto che richiama quello delle ulcere callose; ma l'esame microscopico mostra una grande differenza svelando l'esistenza di una infiltrazione epiteliale.

Riguardo all'essenza di queste ulcere cancerose, due opinioni si contendono il campo: secondo alcuni si tratterebbe di una ulcera cancerizzata (ulcera-cancerosa), secondariamente, secondo altri di un cancro fibroso a decorso lento.

L'A. appoggiandosi su dati di fatto anatomici e clinici ben solidi, è di opinione che, senza negare l'esistenza dell'ulcera-cancro, si tratti nella maggior parte dei casi di ulcere cancerose simulanti l'ulcera semplice.

Ulcere tubercolari. — A fianco alle forme conosciute della tubercolosi gastrica, bisogna fare posto all'ulcera callosa tubercolare e l'A. ne ha riscontrato un caso nel quale l'esame istologico ha dimostrato che l'ulcera era scavata in pieno tessuto tubercolare.

Le ulcere callose si manifestano con crisi dolorose da prima rade, poi quotidiane. **Talo-**

ra si hanno dolori tardivi, insorgenti alcune ore dopo il pasto, della durata di alcune ore e che cessano subito dopo un vomito; lo svuotamento dello stomaco con la sonda, al mattino a digiuno, fa estrarre una piccola quantità di liquido fortemente acido.

L'esame radiologico fornisce sempre utili informazioni mostrando l'esistenza delle lesioni caratteristiche: la nicchia a forma d'ampolla o di sperone; la retrazione della piccola curvatura che trascina il piloro a sinistra; la rigidità della piccola curvatura e l'angolazione ad L; l'arresto della migrazione della contrazione lungo la piccola curvatura a livello della massa callosa.

Nelle ulcere cancerose si vedono pure delle imagini di nicchie ma le dimensioni del cratere sono un poco più larghe e la nicchia è un po' meno regolare. L'età più avanzata del malato, l'evoluzione più rapida dei sintomi insieme ad inappetenza marcata e cloridria poco intensa, permettono spesso di sospettarne l'esistenza.

Nel caso di ulcera callosa tubercolare osservato dall'A. l'inizio dei disturbi risaliva a molto tempo a dietro e l'ipercloridria era marcata.

Una emottisi pregressa e l'esistenza di una epididimite cronica fistolizzata stabilivano che il soggetto era un tubercolotico; ma anche un tbc. può avere un'ulcera callosa vera.

È quindi l'esame istologico che solamente può fare la diagnosi esatta.

Molto discusso è ancora il trattamento dell'ulcera callosa dello stomaco.

L'esperienza dell'A. dimostra che l'operazione di Balfour e la resezione delle ulcere callose della piccola curvatura, praticate sole, danno dei cattivi risultati se non vi si aggiunge la gastro-enterostomia che permette allo stomaco di vuotarsi bene.

Nei casi di ulcera cancerosa, la resezione della piccola curvatura non ha dato in genere che cattivi risultati. Più indicata è forse una larga gastro-pilorectomia che l'A. sta studiando con uno dei suoi assistenti, solo però da un tempo insufficiente a porre delle condizioni definitive.

VICENTINI.

La clinica interna del carcinoma gastrico.

(W. BERGER. *Wiener Klin. Wochenschrift*, nn. 2-3-4, 1931).

Il numero dei cancri dello stomaco riconosciuti troppo tardi per essere operati è molto alto; esso arriva di solito al 60-70 % di tutti i casi di carcinoma gastrico. La diagnosi precoce è possibile se si pensa al carcinoma gastrico in tutti i casi sospetti. I sintomi precoci sono vaghi, essi costituiscono una sindrome di dispepsia o di catarro gastrico: poca voglia di mangiare, lingua patinosa, senso di peso doloroso allo stomaco, nausea, vomito.

Spesso esistono alcuni segni più caratteristici quale il dimagramento, l'anemia con pallore e per lo più anche un colorito giallastro della pelle, e sopratutto la ripugnanza per la carne, specialmente per la carne bovina bollita. Molto importante per la diagnosi, ma di solito non precoce, è il vomito color posa di caffè.

Molto importante è l'anamnesi, in base alla quale si possono distinguere tre tipi di carcinoma gastrico: il primo tipo è il più frequente (50 % dei casi), esso è caratterizzato dalla breve durata dei sintomi gastrici che risalgono al massimo a sei mesi prima. Disturbi gastrici catarrali che compaiono in individui prima sani di stomaco e che hanno sorpassato i 50 anni già per sè soli rendono probabile la diagnosi di carcinoma, specialmente se si accompagnano a ripugnanza per la carne, dimagramento, anemia.

Il secondo tipo è preceduto da sintomi gastrici di lunga durata (14 % dei casi). Nella maggior parte di questi casi si tratta di carcinomi sviluppatisi su ulcere, su polipi, su mucose affette da gastrite.

Nel terzo tipo, il più raro di tutti si sviluppa un carcinoma gastrico in individui che non presentano nessun sintomo a carico dello stomaco.

L'età giovane del paziente non deve indurre ad escludere la possibilità di un carcinoma.

I segni sicuri di carcinoma gastrico sono in parte clinici, in parte ricerche ausiliarie. Segni clinici sicuri sono la presenza di un tumore palpabile, il vomito color posa di caffè, la cachessia. Le ricerche di laboratorio consistono nell'esame del succo gastrico e nella ricerca del sangue nelle feci. Il succo gastrico negli ammalati di carcinoma dello stomaco presenta difetto di acido cloridrico e di fermenti, e contiene acido lattico. Un succo gastrico normale non esclude il carcinoma. Nei carcinomi piccoli iniziali e in quelli che si sviluppano al piloro o su ulcere l'acido cloridrico può essere normale ed anche aumentato. Acido lattico nello stomaco indica la presenza di un carcinoma soltanto se lo stomaco non conteneva residui alimentari e se il pasto di prova era privo di latte. La presenza di emorragie occulte nelle feci ha importanza soltanto se constatata ripetutamente e se la dieta non conteneva affatto carne. Se però con dieta appropriata in cui si può escludere che il sangue provenga da altre fonti si constatano anche nel riposo piccole emorragie continuate nelle feci, il carcinoma gastrico diventa molto probabile: se in tali casi l'esame radiologico è negativo e non dimostra alcuna ulcera, diventa ancora più probabile la presenza di un carcinoma in una regione difficilmente visibile.

Assenza di sangue dalle feci non permette mai di escludere il carcinoma gastrico.

L'esame radiologico costituisce la ricerca au-

siliaria più importante: è necessario osservare lo stomaco ripieno durante i suoi movimenti (movimenti attivi della parete gastrica, movimenti impressi al paziente dietro allo schermo, movimenti impressi passivamente allo stomaco per mezzo della palpazione). Nei piccoli carcinomi dello stomaco l'esame radiologico dimostra difetti di peristalsi, aumento di consistenza nella parete, piccoli difetti di ombra. I difetti di peristalsi consistono nel fatto che le onde peristaltiche si arrestano in corrispondenza del punto ammalato senza oltrepassarlo; se il carcinoma è lontano dal piloro si osserva anche antiperistalsi. Progredendo la infiltrazione carcinomatosa si determina presto un aumento di consistenza, un irrigidimento e indurimento della parte di parete ammalata. Comprimendo col dito lo stomaco pieno la porzione malata si infossa come una piastra rigida. I difetti di ombra si osservano nei carcinomi che si son fatti rilevati, mancando in tale regione la sostanza opaca. Nei grandi carcinomi il difetto di ombra è più grande e irregolare; se questo difetto coincide con la presenza di un tumore palpabile la diagnosi diventa ancora più sicura.

Importante è la cosidetta « diagnostica della mucosa » o « diagnostica dei rilievi ». L'esame radiologico viene fatto dopo che il paziente ha deglutito solo uno o due cucchiai di soluzione fitta di bario: si esegue quindi una compressione media su tutto l'ambito gastrico. La piccola quantità di bario si distribuisce in strato sottile sopratutto nelle ripiegature e negli increspamenti della mucosa. L'esame radiologico fa vedere strisce nere intramezzate da solchi chiari: le prime corrispondono agli infossamenti i secondi alle prominenze del rilievo della mucosa.

Se la mucosa presenta tale aspetto tipico anche in corrispondenza di un tumore sicuro, il tumore non appartiene allo stomaco. In casi di carcinoma gastrico si sviluppano zone prive di pieghe, l'esame radiologico dimostra la mancanza del detto disegno di una regione circoscritta.

Se l'esame radiologico non è riuscito a spiegare i sintomi clinici in modo soddisfacente si ricorre ad un altro mezzo ausiliario, alla gastroscopia, se questa non è controindicata nel caso speciale. In alcuni casi iniziali la gastroscopia può essere superiore alla radioscopia.

Così la gastroscopia può rivelare prima dell'esame radiologico carcinomi del fornice e carcinomi del segmento superiore, carcinomi molto piatti, e talvolta anche piccoli carcinomi del piloro. In altri casi la gastroscopia rivelando una gastrite, senza alcun altro reperto può spiegare tutti i sintomi per cui si era prospettato un carcinoma (può però riuscire difficile o anche impossibile la distinzione gastroscopica di carcinomi poco chiari e di una gastrite ipertrofica). Reperti positivi alla gastroscopia sono per lo più abbastanza decisivi per indurre ad una operazione: reperti negativi non escludono invece il carcinoma. Un carcinoma può non risultare alla gastroscopia se è situato in regioni difficilmente visibili, o se è ricoperto da muco o da pus.

Se anche dopo l'esame radiologico e gastroscopia persistono dei dubbi sull'esistenza di un carcinoma gastrico si deve ricorrere alla laparatomia esplorativa. Di fronte alla gastoscopia essa presenta il vantaggio di permettere di esplorare la sierosa, le glandole ed eventualmente gli organi vicini sospetti. In tutti i casi in cui i metodi diagnostici sopradetti hanno dimostrato la presenza di un carcinoma e non ci sono metastasi lontane si deve operare. Si deve anche operare se questi metodi non hanno confermato il sospetto di carcinoma, se però essi non sono riusciti a spiegare in modo chiaro i sintomi sospetti. In casi dubbi è preferibile eseguire la laparatomia esplorativa senza trovare un carcinoma anzichè attendere troppo fino a che l'operazione radicale diventi impossibile.

Le reazioni sierologiche si possono dividere in varii gruppi. Un primo gruppo consiste nella dimostrazione di alterazioni fisiche o chimiche dei colloidi del siero o del plasma; sono reazioni tardive e non specifiche. Un secondo gruppo mette in evidenza oscillazioni di elementi normali chimicamente non definiti del siero (potere antitriptico, emolisine, isolisine, inibizione dell'emolisi da parte di saponi, di acidi grassi, di acidi biliari): sono reazioni non specifiche. Un terzo gruppo cerca di mettere in evidenza sostanze specifiche per il cancro. Si è riuscito a formare antisieri specifici, iniettando a conigli estratti alcoolici di cancri umani: questi sieri deviano il complemento col 60 % dei cancri. Analogamente, anche lo sviluppo del cancro nell'uomo provoca la formazione di tali anticorpi, per cui il siero devia il complemento al titolo 1:300 di fronte a quegli stessi « lipoidi » usati per provocare la formazione di antisieri negli animali. L'antigene specifico del cancro dovrebbe essere una combinazione lipoide-proteica.

Usando tutti i detti accorgimenti si dovrebbe poter pervenire ad una diagnosi precoce che riduca i carcinomi gastrici inoperabili al 40 %, rimanendo il 60 % di operabili in modo radicale. Nei casi radicalmente operati, si dovrebbe ottenere la guarigione nel 50 %.

R. POLLITZER.

La colite e la sua diagnosi differenziale.

(GARRY-DRUCKMANN. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 161, fasc. 1-2, pag. 128, 1930).

Spesso la diagnosi differenziale fra colite e altre affezioni endoaddominali è difficile e talora impossibile. Così in alcuni casi si presenta con la sintomatologia di una appendicite,

di una colecistite, di coliche renali, ecc. Gli AA. hanno studiato radiologicamente alcuni casi di colite e ritengono che spesso in queste affezioni esistono alcuni dati caratteristici che permettono una diagnosi differenziale. Nelle forme diffuse si tratta per lo più di disturbi funzionali e precisamente in una irregolare disposizione e forma delle austre coliche o addirittura in una loro mancanza. Spesso coesistono contrazioni spastiche del colon.

L'esame radioscopico deve esser ripetuto più volte perchè non ha tanta importanza una lesione osservata in una volta quanto l'osservare i segni del continuo variare del tono della parete, segno della aumentata eccitabilità colica.

L'importanza dei sintomi funzionali è aumentata dal rinvenire i segni di una posizione viziata del colon (angolo epatico a canna di fucile, dolicocolon, dolicosigma, ecc.), dalla dolorabilità lungo tutto il colon, da un aumento o da un ritardo dello svuotamento.

La ricerca accurata dei segni radiologici della colite e specialmente se praticata in più riprese in modo da studiarne completamente la funzione, riuscirà a diminuire in molti casi la difficoltà diagnostica tra colite e altre affezioni endoaddominali.

P. Valdoni.

La diagnosi dell'appendicite.

(Di Prat. *R. Sud-Amer. de Med. et Chir.*, n. 4, aprile 1931).

L'importanza che ha assunto in patologia la diagnosi precoce dell'appendicite, per un tempestivo intervento, hanno richiamata l'attenzione su tale affezione.

Allorchè l'appendicite acuta si presenta con la tipica sintomatologia, la diagnosi ne è facile; i dubbi sorgono allorchè non tutti i segni son positivi. Non vi è esitazione a far diagnosi di appendicite allorchè insorge un dolore brusco e generalizzato all'addome, che presto si localizza alla fossa iliaca destra oppure al punto di Mac Burney, allorchè vi è immobilità respiratoria della parete addominale, difesa alla palpazione, più marcata a destra, con la massima sensibilità in tale zona, allorchè esiste iperestesia cutanea, vomiti abbondanti, temperatura a 38°-39°, polso a 90-100, costipazione, spazio del Douglas alla palpazione rettale pieno e doloroso, minzione dolorosa ed i segni d'una infezione peritoneale.

La leucocitosi con polinucleosi può confermare il sospetto diagnostico.

Ma non sempre si può riscontrare un simile corteo sintomatologico, e l'A. come regola generale non fa diagnosi di appendicite allorchè manca la difesa della parete, i vomiti, la temperatura elevata; qualunque sia quello di tali sintomi che manca, deve far essere rigorosi nella diagnosi di appendicite.

Delle anomalie possono riscontrarsi per molteplici ragioni; così un'appendice che non stia nella sua sede normale, ma situata a sinistra può far sospettare una sigmoidite o perisigmoidite; se è situata in alto può confondersi con un'affezione epatica o vescicolare, o un ascesso del colon, o una perinefrite. Le altre posizioni che può assumere l'appendice possono simulare altre affezioni morbose, senza i caratteri dell'appendicite. Ma vi sono molte altre malattie che possono simulare l'appendicite, e son queste che bisogna conoscere per poter fare una diagnosi differenziale.

Le principali forme morbose da tener presente in casi di sospetto di appendicite, sono le seguenti:

Annessiti. — Tra queste e l'appendice vi sono tali rapporti che talora è difficile poterli differenziare. E' necessario in tali casi confermare la diagnosi mercè un'esplorazione vaginale; alcuni precedenti dell'infezione genitale gonococcica; scolo, cistite, bruciori alla minzione, aggiunti agli altri sintomi potranno fornire ottimi elementi differenziali.

Ovarite mestruale. — Alcune giovani nel periodo mestruale hanno dei dolori in corrispondenza delle ovaie, dolori che quando sono localizzati a destra si possono confondere con l'appendicite, perchè si accompagnano a difesa addominale, vomiti e febbre. Prima di intervenire sull'appendice, bisogna escludere con l'esame vaginale o rettale che si possa trattare d'un ovaio tumefatto e doloroso.

Torsione degli annessi. — È molto rara, ma sia l'ovaio come la tromba possono andarvi soggetti, e la sintomatologia è la stessa che si ha in un'appendicite pelvica.

Gravidanza ectopica. — Può essere confusa con l'appendicite nel periodo della tumefazione tubarica. Ma la dismenorrea esfoliativa che determina un'alterazione della mucosa uterina sarà sufficiente a chiarire la diagnosi.

Colecistite acuta. — È facile la confusione tra questa malattia e l'appendicite. Il dolore brusco e la difesa della parete, intensa sopratutto a destra, i vomiti, la febbre sono elementi sufficienti a giustificare l'errore, anche perchè, malgrado la situazione alta della lesione, il massimo dolore risiede nella fossa iliaca destra, confondendosi con la lesione appendicolare. Un attento esame localizzerà il dolore nella parte alta dell'addome; il riposo e gli antecedenti epatici potranno chiarire la diagnosi.

Perforazione d'un'ulcera duodenale. — Una ulcera duodenale ad evoluzione completamente latente può all'improvviso dare un dolore acuto nella fossa iliaca destra per perforazione, e tale da confondersi con l'appendicite, perchè la sintomatologia che presenta: dolore acuto a punto di partenza dalla fossa iliaca destra, difesa unilaterale o generalizzata a tutto l'addome, i vomiti, la temperatura, un Douglas pieno e doloroso, un polso rapido ed una fac-

cia peritoneale, fa pensare all'appendicite o alla peritonite appendicolare.

In questi casi la diagnosi differenziale è molto difficile, perchè non vi sono elementi sufficienti per l'una o l'altra forma, e bisogna intervenire tenendo presente le due eventualità.

Processo infettivo od ulceroso semplice dell'ileo e mesenteriti. — Spesso si assiste ad una sindrome addominale acuta, con dolore intenso alla pressione della parete della fossa iliaca destra, difesa, costipazione, febbre, stato nauseoso e anche vomiti. Si pensa ad una appendicite, si opera e si trova l'ileo infiltrato e congesto, con un po' di liquido nella cavità addominale, infiltrazione del mesentere terminale e dei gruppi ganglionari nella regione ileo-cecale. Anche in questi casi la diagnosi differenziale è difficile; ma un'attesa di 12-14 ore, con la borsa di ghiaccio sull'addome è sufficiente a chiarire l'esatta diagnosi.

Tubercolosi del tenue. — Può simulare l'appendicite, e l'A. ne ha riscontrato 3-4 casi operati per appendicite.

Molte altre affezioni possono confondersi con l'appendicite, e così la febbre tifoide, gli accidenti meccanici per la briglia iliaca di Lane, le malattie del grosso intestino, la colite e la tiflocolite, la costipazione cieco-colica destra, ptosi e dilatazione cecale, torsione incompleta del cieco, pericolite membranosa di Jackson, colica nefritica con o senza litiasi, perinefrite, ritenzione vescicale d'urina.

Come appare evidente gli elementi per una diagnosi errata sono numerosi; è necessario una buona pratica clinica, non disgiunta a ricerche di laboratorio, per poter evitare o ridurre al minimo le cause d'errore.

L. CARUSI.

La stitichezza.

(PATTERSON. *The Practitioner*, gennaio 1931).

Fattore importante per la regolarità dell'evacuazione è l'abitudine; però vi intervengono anche altri fattori: la regolarità dei pasti, il moto, la dieta.

Il ristagno delle feci si può avere tanto nella porzione ascendente del colon, quanto in quella distale e nel retto.

Un tempo si credeva che la visceroptosi fosse la causa della stitichezza, mentre oggi si ammette che abbia scarsa importanza.

Le cause della stitichezza possono essere *organiche* (occlusione intestinale cronica per tumori intestinali o extraintestinali) o *funzionali* (insufficienza di liquidi o dieta con scarso residuo; debolezza dei muscoli della parete per insufficienza di esercizio o per gravidanze ripetute o per obesità, per malattie esaurienti; ipotonia intestinale). Si deve fare l'esame rettale in ogni caso di stitichezza.

Per la cura in alcuni casi basta dare una dieta appropriata: poca carne, molte frutta, insalate, verdure, sciroppo e marmellata; poco latte, acqua in abbondanza, caffè invece del thè, più paraffina liquida la sera. Negli obesi si ridurrà la dieta.

È importante abituarsi ad evacuare alla stessa ora.

La rieducazione dell'intestino va fatta pazientemente applicando una supposta alla glicerina se gli sforzi per la defecazione rimangono senza risultato.

Se la stipsi è dovuta ad affezioni anali (ragadi, ecc.) queste si cureranno e intanto si procurerà di avere evacuazioni poltacee mediante zolfo o senna.

La stipsi nella prima infanzia è dovuta a insufficiente alimentazione e a insufficienza di liquidi. In questo caso spesso si elimina modificando adeguatamente l'alimentazione.

Negli allattati artificialmente è utile il succo di aranci o la paraffina liquida. Fin da piccolo il bambino si deve abituare all'evacuazione regolare e sopra tutto all'età in cui va a scuola bisogna curare che conservi l'abitudine e non trattenga il bisogno di defecare.

Tralasciando i purganti drastici che servono solo in particolari condizioni, ci sono lassativi, che possono giovare.

Essi agiscono o aumentando la peristalsi (cascara, rabarbaro, aloe), o aumentando i liquili nel tubo digerente (sali). L'uso continuato di lassativi può condurre all'ipotonia.

La paraffina è lubrificante ed è utile quando le feci sono dure.

R. LUSENA.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

Précis de Pathologie Médicale. Vol. IV. *Coeur et vaisseaux*. Vol. in-8° di pagg. 1300. Masson et C.ie, Paris, 1931. Fr. 100.

Questo IV volume del compendio di Patologia Medica è stato redatto dal prof. Clerc, di cui sono noti i lavori sulla patologia circolatoria e sulle aritmie, con il concorso, per la parte che riguarda i vasi, di uno dei suoi abituali collaboratori, il dott. Deschamps.

Una parte importante dell'opera è consacrata alla semeiologia, alla patologia generale, ai diversi metodi di esame del cuore e delle arterie, che permettono oggi di precisare la diagnosi, la prognosi e la terapia delle affezioni cardio-vascolari.

Alcune quistioni oggi all'ordine del giorno vi sono trattate con tutta l'ampiezza necessaria. Particolarmente studiati appaiono i capitoli delle aritmie, dell'angina di petto, della ipertensione arteriosa, delle aortiti, ecc.

Dato il carattere didattico indispensabile per un'opera di questo genere, l'A. si è dovuto mantenere nei limiti della classificazione abituale, ma ciò nondimeno in vari punti Egli non ha tralasciato di sostenere le proprie opinioni e di insistere su alcuni dettagli, di particolare interesse, messi di recente in evidenza.

Questo libro dunque così completo, così studiato e nel medesimo tempo così originale, si renderà utile senza dubbio oltre che agli studenti anche e sopratutto ai medici pratici.

A. Pozzi.

Ph. Merklen et E. Aron. *Les cardio-rénaux*. Vol. in-8° di pag. 42. G. Doin, 1931. Fr. 15.

La nozione di « cardio-renale » ha dato luogo a molte contestazioni, poichè, non essendo un'entità clinica, manca di autonomia.

Essa è la risultante di reazioni rispettive e interdipendenti prodotte da turbe di funzione del cuore e dei reni, ma le lesioni sono differenti a seconda dei malati, a seconda dei sintomi, a seconda della loro evoluzione.

In questo lavoro gli AA. si sono sforzati dapprima di fissare le condizioni che autorizzano l'uso del termine di « cardio-renale », quindi hanno passato in rassegna i vari tipi di cardio-renali, soliti ad essere osservati nella clinica.

Il più noto è costituito dalle congestioni renali passive dei cardiaci; assai frequenti però sono anche i reno-cardiaci che comprendono gli ipertesi nefritici, nei quali il cuore prima o dopo verrà a mancare.

Gli aortici renali formano un gruppo speciale, di patogenesi ancora ignorata.

È impossibile esporre la storia dei cardiorenali senza basarla su un'analisi obiettiva minuziosa. Gli AA., prendendo quest'ultima come punto di partenza, spiegano in qual senso oggi può comprendersi un termine adoperato un tempo con giustezza, senza dubbio, ma con discernimento troppo poco spinto.

A. P.

E. Kylin. *Die Hipertonie Krankheiten*. 2ª ediz. J. Springer, Berlin. 1930. MK 22.

La seconda edizione dell'originale libro del noto medico svedese esce arricchita e trasformata secondo le intenzioni del suo A., assumendo l'aspetto e i caratteri di un manuale per i medici e studenti.

La ricca letteratura di questi ultimissimi anni ha fondamentalmente confermata la giustezza della distinzione di due forme fondamentali di ipertensione: una glomerulo nefritica, basata su alterazioni organiche diffuse del sistema capillare, ed una di origine funzionale: distinzione che fu tracciata dal Kylin sin nel 1921, e che costituisce la base di tutti i suoi lavori, e dell'opera in argomento.

V. Serra.

H. V. Recklinghausen. *Neue wege der Blutdruckmessungen*. Vol in 8°, di pag. 285. S. Springer, Berlin, 1931.

L'A. ha diviso il suo libro in 5 parti in cui si occupa delle teorie e dei metodi di misura incruenta della pressione, dei riflessi vasali che accompagnano tale misura, del comportamento uniforme della pressione sistolica in confronto di quella diastolica, degli errori impliciti nei varii sistemi usati sinora e infine del significato e dell'importanza dei metodi grafici.

L'A. mostra di preferirli decisamente: e descrive un apparecchio nuovo, creato sotto la sua direzione — il gripotonografo — che si fonde sopra la disegnazione delle curve del polso — a mezzo di una leva scrivente rilegata al bracciale pneumatico.

Invece di tracciare le lente modificazioni di pressione nell'interno del bracciale, il gripofonografo (da ῥύπος-uncinato) disegna soltanto le brusche oscillazioni pulsatorie. La novità dell'apparecchio sta nel fatto che la superficie dove la leva incide il suo grafico non è mossa da un meccanismo di orologeria, ma dalla stessa pressione aerea che viene introdotta nel bracciale pneumatico, in modo che l'angolo di rotazione della « superficie scritta » corrisponde all'altezza della pressione che ivi segna.

L'A. ritiene che questo sistema sia il più esente da errori, e quindi anche il più attendibile: esso si diffonde a lungo in questo argomento, e lo illustra con numerosissime grafiche.

Infine tocca qua e là alcuni punti di grande interesse (le modificazioni indotte nella pressione arteriosa dal fatto stesso della misu-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

razione, il diverso comportamento della pressione sistolica e della diastolica esaminate in vari tratti dal sistema arterioso ecc.), in complesso il libro del Recklinghausen è degno di esser conosciuto da chiunque si occupi della semiotica del circolo.

V. SERRA.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Lancisiana di Roma.

Seduta del 18 giugno 1931.

Presidente: On. Prof. E. FIORETTI.

Stenocardia ereditaria.

Prof. GALLI. — Illustra un caso relativamente raro di una famiglia stenocardica ereditaria, composta di 10 persone di cui 4 morti per angina pectoris in giovane età, 4 malati di attacchi anginosi e 2 che non presentano alcun sintomo della malattia.

Sindrome compressivo-flogistica endocranica dal tubercoloma del 4° ventricolo.

Dott. CHIUCINI. — Riferisce la storia e l'esame obbiettivo di un infermo di 32 anni il quale ammalatosi con lievi parestesie al braccio sinistro nel maggio 1930 entrò in ospedale nell'ottobre 1930 e morì nel febbraio 1931. La sindrome fu caratterizzata dall'interessamento di numerosi nervi cranici (1, 3, 5, 6, 7, 9, 10 e 12) da papilla da stasi, da ipertensione del liquor e da attacchi bulbari con perdita di coscienza, apnea, bradicardia. L'autopsia mostrò un tubercolo grosso quanto una nocciola che sporgeva nel 4° ventricolo e si infiltrava nel bulbo e nel ponte.

Una modificazione del cateterismo a fascio.

Dott. CHIUCINI. — La sonda a galleria è una sonda metallica a punta smussa cilindro-conica che può essere diritta o curva come una Beniquè. La sonda è formata da 2, 3 o 4 piccole sonde saldate e riunite insieme a formarne una sola, essa presenta quindi secondo lo spessore 2, 3 o 4 fori in ognuno dei quali si può infilare una minugia. Il suo uso è riservato a particolari casi nei quali riesce difficile penetrare in un restringimento ricorrendo al cateterismo a fascio. Essa ha due vantaggi: 1) dilatare l'uretra a valle del restringimento e indirettamente anche il restringimento; 2) portare direttamente all'altezza del restringimento le minugie senza che queste abbiano contatto con il canale uretrale.

Il Segretario: D'AVACK.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta dell'11 giugno 1931.

Prof. J. CAPPELLI, presidente.

Contributo alle sindromi del corpo calloso.

Dott. R. BENELLI. — L'O. dopo avere accennato alle sindromi del corpo calloso, riferisce un caso di tumore del dotto ipofisario (tumori di Erbein) simulante un tumore del trave encefalitico. I reperti anatomo-patologici rivelarono, macro- e microscopicamente, una lesione diffusa e marcata del corpo calloso, specie nella sua parte anteriore. L'interesse del caso sta nella maniera con cui un tumore del dotto ipofisario si è estrinsecato verso l'alto e come le lesioni del trave abbiano dato una così caratteristica sindrome callosa.

Frattura articolare dell'epifisi prossimale della tibia.

Dott. R. PAZZAGLI. — L'O. dopo avere accennato alla morfologia, alla architettura strutturale della epifisi prossimale della tibia, ed alla fisiologia della articolazione del ginocchio, riferisce le caratteristiche osservate in due particolari fratture della diafisi tibiale, alle quali si era aggiunta una linea verticale secondaria che interessava l'epifisi in tutta la sua lunghezza e la faccia articolare in corrispondenza della spina della tibia in un caso, di questa e del plateau esterno del secondo. Ritiene che la patogenesi di una tale frattura debba ricercarsi in una particolare deficienza del sistema di trabecolatura antero-posteriore verticale costituente la parte ossea spugnosa, e giudica, dai resultati conseguiti in entrambi i casi, che la mobilizzazione precoce sia il sistema curativo di elezione da seguirsi in fratture articolari consimili.

Dott. G. MANGANOTTI fa alcuni *rilievi sulla istologia degli epiteliomi cutanei e loro rapporti con la prognosi e la radioterapia*.

Su di un particolare aspetto morfologico del cancro della mammella.

Prof. O. BARTOLI. — L'O. presenta una donna di 43 anni, con anamnesi familiare e personale negativa, che tre anni prima del suo ingresso in Clinica si era accorta di una piccola tumefazione alla mammella destra, tumefazione che si era rapidamente ulcerata estendendosi poi l'ulcerazione a tutta la mammella sì da dare l'aspetto di una forma neoplastica con punto di partenza dalla cute.

Non vi era nessun risentimento nei gangli ascellari e le condizioni generali della paziente si erano mantenute, come lo sono tuttora, molto buone. Praticata l'asportazione della mammella risultò invece, all'esame istologico, che si trattava di un adeno-carcinoma e che la forma cutanea era da riferirsi a fatti di piodermite impiantatisi sulla primitiva ulcerazione ed estesisi rapidamente.

Seduta del 18 giugno 1931.

Prof. J. CAPPELLI, presidente.

La dieta epatica nelle sindromi neuro-anemiche.

Prof. E. BAGNORELLI. — L'O. presenta e riferisce su un caso di sindrome neuro-anemica (sindrome di Lichtheim) curato con dieta epatica e che si aggiunge ai pochi casi descritti in Italia (Bonanno, Di Guglielmo, Pollacci, Lombardi) non tanto per la rarità della sindrome, quanto perchè a differenza di questi la cura ha avuto esito favorevole, malgrado appartenga a quella categoria di casi nei quali la sintomatologia nervosa sia insorta a cura epatica inoltrata, quando il paziente era ristabilito dell'anemia. Questi casi sono stati considerati fino ad oggi d'esito sempre infausto (Pollacci, Seyderhelm, Dareux, Picard, Fiessinger, Lombardi). Sarebbe questa una modalità della sindrome neuro-anemica nella quale l'epatoterapia, a differenza dei casi in cui la successione morbosa ha preceduto la dieta epatica, non avrebbe azione nè preventiva nè curativa in quanto che i disturbi nervosi una volta iniziati non presentano arresto o regressione temporanea tanto che qualche Autore (Picard) si è persino chiesto se non si tratta più che di successione, di sovrap-

posizione di malattia. L'O. pertanto trae qualche affermazione sui rapporti tra anemia in genere e disturbi nervosi e conferma il valore dell'epato dieta opportunamente fatta per l'anemia di Biermer come malattia degli organi omopoietici e come malattia del sistema nervoso (degenera di un sub-acuto del midollo spinale).

Il dott. U. CERCHIAI raccoglie i *rilievi statistici sul movimento degli ammalati venerei della R. Clinica Dermosifilopatica di Firenze nel ventennio 1910-1930.*

Borsite tubercolare della regione anteriore del gomito.

Dott. T. GRECO. — L'O. espone un caso di borsite tubercolare primitiva della borsa cubitale interossea, che si estrinsecava con due tumefazioni, una anteriore e mediale più ampia, in altra minore sul margine postero-laterale dell'avambraccio. La natura tubercolare è stata dimostrata oltre che con l'esame istologico, anche dal reperto dei bacilli nel tessuto e dalla prova biologica. Conclude con osservazioni circa l'assoluta rarità della sede e i rapporti fra trauma e borsite tubercolare.

I Segretari: L. PICCHI-P. NICCOLINI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 22 maggio 1931.

Presidente: Prof. A. FERRATA.

Sul significato dei polimorfonucleati giganti nell'avvelenamento da benzolo.

BASERGA A. — L'O. ha potuto confermare sperimentalmente il reperto del Woronow, della comparsa nel sangue circolante, durante alcune fasi dell'intossicazione benzolica, di forme giganti di polimorfonucleati. Tali forme vanno — secondo l'O. — interpretate alla stregua di quanto era già stato sostenuto da Di Guglielmo riguardo ai leucociti giganti osservati in vari quadri clinici.

Sopra un caso di carcinoma primitivo del polmone.

F. CORTESE. — Cancro del polmone sinistro, ad origine dall'epitelio bronchiale, diffuso al polmone opposto per via linfatica, dando la forma anatomica di linfangite carcinomatosa. Metastasi nodulari nel miocardio, nei surreni, e, particolarmente numerose, nell'encefalo. Clinicamente e radiologicamente simulava una tubercolosi polmonare infiltrativa fibrocaseosa. Sintomatologia a carico del sistema nervoso, scarsa in confronto all'estensione delle metastasi; ciò è spiegabile con il fatto che i nodi metastatici non avevano prodotto nel loro accrescimento notevoli alterazioni delle strutture nervose.

Un caso di a. ombelicale unica in soggetto con rene policistico cong.

E. VIDARI. — L'O. riferisce un caso di a. ombelicale unica originantesi direttamente dall'aorta in neonato a termine esternamente ben costituito (Kg. 4) con rene policistico d.: rene S. con microcisti sottocapsulari; con polmonite desquamativa. Discute il meccanismo di formazione dell'a. ombelicale unica e prospetta l'ipotesi della natura luetica delle due lesioni, polmonare e renale.

Sulle modificazioni della massa di sangue provocata dall'introduzione enterale e parenterale di acqua e sui mezzi della determinazione di esse.

G. PELLEGRINI. — L'O., praticando determinazioni doppie della massa di sangue con il metodo del rosso Congo, ha seguito le modificazioni della massa del sangue provocata da bevuta di litri uno di acqua e da iniezione in vena di acqua fisiologica. Ha osservato evidenti aumenti della parte liquida del sangue e lievi modificazioni della parte corpuscolata del sangue. Da un punto di vista pratico le modificazioni della percentuale dell'emoglobina, determinato con un emoglobinometro esatto sono in tali circostanze indice sicuro e sufficientemente esatto dell'aumento dell'idremia.

Sull'eziologia della sclerosi in placche.

V. TRONCONI. — L'O., dalle sue ricerche, non può confermare che la « spherula insularis » come è stata descritta dalla Chevassut e da essa considerata l'agente patogeno della sclerosi in placche, sia un reperto specifico di tale malattia.

Il Segretario: P. INTROZZI.

Società Italiana Fascista di Studi Scientifici sulla Tubercolosi. Sezione di Roma.

Seduta del 7 maggio 1931.

Presidente: On. Prof. E. MORELLI.

Tubercolosi sperimentale atipica.

Prof. P. ZANNELLI. — Comunica i risultati delle sue esperienze eseguite colla inoculazione nelle cavie di materiale proveniente da: tre casi di pleurite tubercolare senza lesioni polmonari; casi N. I-II-III; un caso di pleurite tubercolare con tubercolosi polmonare ulcero-caseosa, caso N. IV; un caso di pleurite tubercolare in paziente pneumotoracizzato con tubercolosi polmonare cavitaria, caso V; un caso di peritonite tubercolare senza lesioni polmonari, caso VI.

L'essudato è stato inoculato sotto cute filtrato e non filtrato. Se non morivano prima, gli animali, dopo la inoculazione, venivano sacrificati dopo quindici giorni, dopo un mese, dopo due, tre, sei mesi.

L'essudato proveniente dai casi N. I, II, III — esame microscopico per la ricerca del bacillo di Koch negativo, esame culturale positivo — non ha dato luogo a tubercolosi generalizzata.

Le lesioni limitate all'apparecchio linfatico, erano rappresentate prevalentemente da iperplasia dei gangli e dalla presenza di qualche cellula epitelioide con reazione connettivale più o meno sensibile.

Si è notato qualche ganglio in fase di rammollimento a contenuto purulento.

In tutti i casi è mancata la struttura tipica del tubercolo.

Nei gangli tumefatti, all'esame microscopico diretto, era facile la dimostrazione di piccoli ammassi di bacilli tubercolari. Le inoculazioni successive dei gangli lesi mostrano istologicamente, una tendenza ad una reazione connettivale sempre più sensibile, e più raro diviene il reperto microscopico positivo per il bacillo di Koch.

Al quarto passaggio i reperti macroscopici, istologici e batteriologici sono negativi.

La inoculazione dell'essudato non filtrato proveniente dai casi IV e V — esame microscopico e culturale positivo per il bacillo tubercolare — ha prodotto caseificazione di un ganglio vicino al punto di innesto e notevole tumefazione dei gan-

gli inguinali profondi, meseraici e tracheo-bronchiali.

La parete della cavità del ganglio caseificato era formata di tessuto granuloso con leucociti con alterazioni nucleari rilevabili da fenomeni di picnosi e carioressi.

Sebbene mancasse la struttura tipica del tubercolo, erano presenti cellule epitelioidi e qualche cellula gigante.

La inoculazione dei gangli caseificati, al secondo passaggio nel terzo caso ed al terzo passaggio nel quarto caso, ha dato luogo ad una tubercolosi generalizzata.

La inoculazione dell'essudato peritoneale non filtrato del VI caso — esame microscopico per la ricerca del bacillo tubercolare negativo, esame culturale positivo — ha dato identici risultati di quello utilizzato dai casi I, II, III.

Si è avuto anche qui qualche ganglio in fase di rammollimento con accenno a formazione di cellule epitelioidi e giganti senza però raggiungere la struttura tipica del tubercolo.

Identico è stato il reperto batterioscopico per il bacillo di Koch e sono pure mancate le manifestazioni di una tubercolosi generalizzata.

La inoculazione dell'essudato dopo filtrazione, nei casi I, II, III, VI ha dato luogo alla forma tubercolare tipo Calmette-Valtis, e nei successivi passaggi, sacrificati gli animali dopo un mese, due, tre, quattro mesi, più rara si è mostrata la presenza del bacillo di Koch, finchè al quarto passaggio, il reperto è divenuto negativo.

Istologicamente, la ipertrofia, dopo la prima inoculazione è progressivamente diminuita negli ulteriori passaggi. Gli essudati filtrati provenienti dai casi IV e V hanno riprodotto, alla prima inoculazione, la forma tubercolare tipo Calmette-Valtis, ma al secondo passaggio, nel caso IV, ed al quarto passaggio, nel caso V, si è avuto una tubercolosi generalizzata.

I bacilli tubercolari presenti nell'essudato pleurico di malati senza lesioni tubercolari, casi I, II, III, inoculati nelle cavie mostrano un potere patogeno attenuato e diverso, generalmente, da quelli che si trovano nell'escreato di malati con tubercolosi polmonare.

Essi, nei casi che formano oggetto delle esperienze su riferite hanno determinato una tubercolosi ganglionare che non ha tendenza a provocare una tubercolosi viscerale.

I processi morbosi che si svolgono nei gangli appaiono più evidenti allorchè la inoculazione è fatta con materiale proveniente da essudati di recente formazione.

Ciò fa supporre che, verosimilmente, l'attenuarsi della virulenza del germe si compia progressivamente nel liquido pleurico per la presenza di sostanze ancora ben definite (anticorpi, fermenti, batteriolisine) come espressione della difesa organica.

La scarsa virulenza di tali germi si conserva nei successivi trapianti biologici, fino a che al quarto passaggio, con materiale proveniente dai casi I, II, III non rimane più traccia della loro attività, e tale comportamento è provato dai risultati delle indagini batteriologiche ed istologiche.

I bacilli presenti nell'essudato pleurico di pazienti affetti da tubercolosi polmonare, casi IV e V, possiedono anche essi un potere patogeno attenuato in grado però inferiore a quello dei bacilli presenti nell'essudato di malati senza lesioni polmonari.

Ciò è provato oltre che dalla presenza di ammassi più cospicui di bacilli di Koch, dalla presenza di lesioni ganglionari più marcate, e che tendono ad orientarsi verso la struttura tipica del tubercolo, dal fatto che tali bacilli, nei trapianti biologici in serie, possono dare una tubercolosi generalizzata, e conservare tale attività nei successivi passaggi.

I bacilli presenti nell'essudato peritoneale, complessivamente hanno mostrato un comportamento non dissimile da quelli presenti nell'essudato dei primi tre casi.

Analoghe osservazioni possono trarsi dalle esperienze eseguite con materiale filtrato.

Sono in corso esperienze sulla inoculazione nella cavità peritoneale dell'istesso materiale filtrato e non filtrato adoperato nelle indicazioni sotto cute.

Tentativi di Roentgenterapia alla Bacmeister nella tubercolosi polmonare.

E. TREPICCIONI e A. DI NATALE. — Riferiscono brevemente dei risultati avuti da altri ricercatori nel trattamento della tubercolosi polmonare con i raggi Roentgen, e dell'evoluzione della tecnica Roentgenterapica. Essi hanno seguita la tecnica del Bacmeister dei piccoli campi di 10-12 cm. di lato, adoperando dosi deboli 5 %, 10 % al massimo di dose eritema, durata 2-5 minuti, distanza focale cm. 25, filtro 4 mm. di alluminio; gli emitoraci irradiati erano divisi in 4 campi 2 ant. e 2 post.

Sono stati così trattati complessivamente 14 pazienti; di questi 6 non hanno avuto alcun beneficio, 6 sono migliorati nelle condizioni generali e polmonari, due hanno mostrato la scomparsa clinica e radiologica delle caverne ed assenza del bacillo di Koch nell'espettorato.

Questi due ultimi malati portatori l'uno di una caverna parailare e l'altro di una caverna sottoclaveare, erano stati operati di frenicoexeresi del lato malato circa tre mesi e mezzo prima delle applicazioni roentgerapiche.

Gli OO. sono molto riservati sulla efficacia della röentgenterapia diretta della tubercolosi polmonare poichè il numero di casi trattati non è sembrato loro sufficiente per poter esprimere un giudizio definitivo e completo su tale metodo. Tuttavia fanno osservare che seguendo la tecnica di Bacmeister non hanno mai avuto complicazioni nè locali nè generali.

E passando a discutere dei due casi favorevoli essi si domandano se la guarigione delle caverne in questi due casi non sia dovuto o ad una scomparsa spontanea di esse o ad un'azione tardiva della frenicoexeresi.

Esclusa la guarigione spontanea: perchè essa avviene in caverne recenti o in via di formazione (nei due casi in questione erano di antica data) e perchè impiega molto tempo per avvenire; constatata nessuna efficacia della frenicoexeresi da sè sola dopo tre mesi dall'operazione, pur non potendone escludere in modo assoluto una vera azione tardiva, essi ammettono che la *scomparsa clinica delle caverne sia dovuta ad un intervento associato di sclerosi locale, indotta dalla complessa*

azione dei raggi Roentgen, e (favorita dalla detensione delle pareti dipendenti dalla pregressa frenicoexeresi.

Gli OO. si ripromettono di continuare lo studio della roentgenterapia e di estendere le ricerche su maggior numero di malati.

Mendes. — Ritiene che sarebbe opportuno proseguire le esperienze su malati che non abbiano subito la frenicoexeresi. Ha esperienza di casi nei quali la frenicoexeresi non da subito un buon risultato ed il miglioramento si inizia invece dopo alcuni mesi. Dumarest stesso nel suo recente studio nel quale riporta numerosissime osservazioni divide i risultati dell'operazione in vari gruppi tra i quali da molto rilievo ai casi nei quali da prima l'operazione non da buon esito che invece si manifesta in un secondo periodo con notevole ritardo, anche di più mesi. Le osservazioni degli OO., del resto interessantissime, saranno più probative se eseguite su malati vergini da interventi collassoterapici.

Torelli. — Rileva che anche la Roentgenterapia indiretta (irradiazione della milza) ha dato buoni risultati in casi di tubercolosi polmonare; ciò sta a favore dell'ipotesi che i R. X agiscano come una proteina-terapia. Riguardo alle applicazioni dirette ricorda come nel trattamento Roentgenterapico del cancro della mammella si ottenga una notevole fibrosi del polmone irradiato: ora questo fenomeno può forse essere utilizzato e depone in favore anche della terapia diretta della tubercolosi polmonare.

Omodei-Zorini. — È d'accordo con gli OO. sulla difficoltà d'interpretazione dei casi decorsi favorevolmente e sopratutto della scomparsa dei segni clinici e radiologici di caverne in 2 di essi e sulla necessità di non trarne alcuna deduzione affrettata in un campo così delicato e difficile come è quello della terapia antitubercolare. Ricorda però gli ottimi risultati che Bacmeister e la sua scuola ancora recentemente affermano con la tecnica da lui proposta dei « piccoli campi » in malati affetti da forme cavitarie circoscritte e stazionarie trattati con fenicoexeresi prima delle irradiazioni, tanto che egli preferisce in molti casi di attuare, questa terapia associata, anzichè di ricorrere al pneumotorace artificiale.

L'O. ritiene esagerate tali affermazioni del tisiologo tedesco tuttavia degne di attenzioni e di controllo, usando grande prudenza nelle dosi e vigile sorveglianza clinica e sopratutto scegliendo con grande cura i casi adatti.

Morelli. — È con Mendes nel dubitare che la frenicoexeresi nei 2 casi più fortunati abbia esercitato la sua azione a distanza di tempo. Egli è inoltre d'avviso che la stessa vita sanatoriale, col riposo, la buona alimentazione, abbia un grande valore su malati poveri, spesso in preda a grave denutrizione prima di essere ricoverati e che possa quindi influire indirettamente anche sullo stato locale. Non è tuttavia alieno dal pensare che la roentgenterapia diretta possa esercitare meglio la sua azione sul polmone dopo la frenicoexeresi, quando è molto diminuito il trauma respiratorio e favorita la proliferazione del connettivo nelle lesioni.

Ricorda le prime esperienze fatte a Pavia molti anni fa con scarso risultato; in ogni modo è innegabile e sperabile che i miglioramenti della tecnica possono migliorare anche i risultati terapeutici.

Si passa quindi alla terza e ultima cominicazione.

Sulla tubercolosi polmonare enterogena.

A. Omodei-Zorini e Vignolo Palombella. — Gli OO. hanno iniziato delle ricerche sistematiche sistematiche sulla « tubercolosi polmonare enterogena ». Riferiscono sulle prime 26 autopsie di conigli, in maggioranza lattanti, infettati per via orale con ceppo in prevalenza bovino a dosi variabili da mgr. 1 a mgr. 10 di cultura umida mescolata a latte o a farina di crusca, e sacrificati a distanza di tempo varia dall'infezione (da poche ore a 62 giorni) e sottoposti ad estese ricerche autoptiche batterioscopiche, culturali, istologiche e biologiche in vari organi.

In 6 casi si ebbe attecchimento del germe e sviluppo della malattia (a distanza di 33-44 giorni) e in 5 di essi tubercolosi polmonare. Di questi ultimi, 4 presentavano segni di complesso primario intestinale (appendice + linfoghiandole) e uno di tubercolosi isolata dei polmoni. Interpretano i quattro casi di tubercolosi polmonare come secondaria a porta d'entrata intestinale e d'origine linfomatogena il quinto caso come da inalazione accidentale di germi rimasti nel retro bocca. Il sesto coniglio presentava solo lesioni incipienti alla porta d'entrata.

Confermano l'importanza della legge di Colbein e del complesso primario tbc. come sede d'ingresso del germe e portano alla propria tesi argomenti desunti dall'esame analitico delle proprie esperienze, dai risultati delle autopsie praticate da Schürmann nei neonati di Lubecca e da alcuni tentativi tedeschi di vaccinazione del bambino con bacilli vivi e virulenti.

Si riservano di estendere le esperienze variando le modalità di ingestione, la specie animale, il ceppo batterico.

Segretario: A. Omodei-Zorini.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Diagnosi differenziale tra tumore ed emorragia cerebrale.

La diagnosi differenziale tra queste due lesioni, allorchè il tumore decorre silenzioso, e all'improvviso si aggiungono fenomeni consecutivi a congestione o ad emorragia, è molto difficile.

L. Picchini (*Giorn. Veneto Sc. Med.* n. 1, genn. 1931) riferisce il caso di una donna di 63 anni, con anamnesi remota negativa, la quale all'improvviso avvertì senso di debolezza al braccio D., che presto si dileguò. In seguito ebbe movimenti convulsivi nello stesso arto, obnubilamento, vomito. All'ingresso in ospedale la paz. si presentava comatosa, con respiro stertoroso, deviazione del capo e degli occhi verso sinistra, pupille scarsamente reagenti, angolo labiale D. più basso, non contratture ma rilasciamento degli arti, esagerato il riflesso patellare D.

Tenuto conto dell'insorgenza improvvisa di tale fenomenologia si pensò ad emorragia cerebrale. Ma dopo 24 ore si ebbe un notevole miglioramento, che si accentuò il giorno successivo, che non durò perchè la mattina dopo comparve un tipico accesso di epilessia Jacksoniana, con contrazioni che si iniziano nel braccio, e si propagano alla metà D. del volto, senza perdita di coscienza. Gli accessi si ripetono, e si stabilisce una paralisi e contrattura degli arti di destra; le condizioni si aggravano, e la paz. decede.

Per il decorso non continuo della forma morbosa, e per il succedersi della sintomatologia non propria di emorragia cerebrale, fu scartata questa diagnosi, e si pensò ad un tumore che desse luogo a fatti congestivi ed emorragici, localizzato nella sostanza bianca sottocorticale, nello spessore dell'emisfero e più precisamente nella parte di questo corrispondente alla zona motoria.

L'esame necroscopico stabilì trattarsi di glioma cellulare situato nella parte media posteriore della corona raggiata.

Dall'osservazione del presente caso emerge che la diagnosi differenziale tra tumore cerebrale ed emorragia cerebrale non è possibile se il primo decorre silenzioso e in un certo momento dà luogo a stravaso sanguigno di qualche entità, essendo la sintomatologia propria della emorragia. Tuttavia si può pensare al tumore allorchè i fatti congestivi e le emorragie piccole anche multiple, ma non confluenti producono una sintomatologia che non è propria delle grandi emorragie. Per la diagnosi giova la successione dei sintomi che contrastano con quelle delle emorragie.

L. CARUSI.

Le manifestazioni prodromiche del tumore cerebrale.

Bisogna distinguere tra sintoma iniziale, il quale è il primo segno che apparisce della malattia, e il sintoma prodromico, che invece la precede di un tempo più o meno lungo.

I. Kino (*Mediz. Welt*, n. 18, 2 mag. 1931) si occupa appunto di queste ultime manifestazioni, basandosi sopra un'esperienza di 70 casi da lui osservati.

Il periodo della loro comparsa è per lo più negli ultimi due o tre anni, aumentando d'intensità fino al 6° mese, essendo invece sempre più rari al di là dei tre anni.

Tra tutti prevale la cefalea, cui si aggiungono più tardi la nausea, la vertigine e il vomito. Il vomito isolato precoce è specialmente caratteristico dei tumori del 4° ventricolo.

Altro segno prodromico frequente è l'attacco epilettico, che può precedere anche di più anni lo stadio acuto, sia in forma di convulsioni diffuse, sia di spasmi isolati o di accessi a tipo Jacksoniano. Tale segno è legato quasi esclusivamente ai tumori del cervello, specialmente in caso di gliomi e meningiomi.

Nei tumori del cervelletto, invece, appaiono precoci i disturbi dell'equilibrio; in quelli dell'angolo pontocerebellare i disturbi dell'udito, uniti a nevralgie del trigemino e a vertigini; in quelli dell'ipofisi i disturbi dell'accrescimento e della sfera sessuale.

Di grande importanza per la diagnosi precoce, sono poi le manifestazioni afasiche, aprassiche e agnostiche.

Per quanto riguarda la cefalea, conviene sempre differenziarla da quella dell'accesso emicranico genuino, nel quale si ritroveranno altri segni, quali: la fotofobia, i fenomeni di eccitazione ottica, il carattere famigliare, ecc.

Comunque, allorquando ci si troverà di fronte ad uno di questi segni che può rappresentare il prodromo del tumore che si va sviluppando, necessita ricorrere a tutti i mezzi fisici e di laboratorio conosciuti, onde confermare la diagnosi, e tentare l'intervento.

M. FABERI.

La reazione di sedimentazione per la diagnosi e la determinazione di operabilità del cancro.

J. Adams-Ray (*Acta chirurgica scandinava*, 1930, pag. 263) riferisce i risultati di uno studio fatto su 124 pazienti con vari tipi di carcinoma. Nel 16,1 % si aveva una reazione di sedimentazione più bassa di 7 mm. negli uomini e di 11 mm. nelle donne (cifre che sono considerate normali). L'A. conclude che i valori normali e quelli limite non escludono il cancro specialmente in caso di tumori del seno. I valori medî, elevati e molto elevati danno il sospetto di cancro il quale aumenta con l'elevarsi dei valori stessi.

Nel caso di metastasi negli organi, il 27,5 % cade nel gruppo dei normali e nei valori-limite; il 53,3 % dei casi operabili dà valori medi ed elevati; l'84,4 % dei casi inoperabili e dei casi con metastasi degli organi dà valori medî, alti e molto alti; questi ultimi si hanno soltanto nei casi inoperabili.

La reazione di sedimentazione non costituisce una base sufficiente per giudicare dell'inoperabilità di un tumore a meno che non dia valori molto alti. *fil.*

CASISTICA.

L'angina monocitica.

Trattasi di un'affezione di conoscenza recente, descritta nel 1920 da Sprunt ed Evans in America.

Si osserva negli adolescenti e nei giovani adulti; oltre un terzo dei casi è stato veduto in studenti.

Inizio generalmente acuto, preceduto da malessere o da rino-faringite. Si manifesta poi la febbre che arriva sui 39°; il malato fa l'impressione di un individuo in preda ad un'infezione generale male caratterizzata.

Oltre la febbre, si hanno due segni cardinali della malattia: l'angina e delle adenopatie.

L'angina è rossa, diffusa, talora con essudati di aspetto variabile, ma incostanti.

Le adenopatie sono più o meno generalizzate; prendono i gangli ascellari, epitrocleari, inguinali e specialmente quelli cervicali, sia i posteriori, sia quelli all'angolo mandibolare. Trattasi di adeniti non infiammatorie, senza reazione peradenica, un po' sensibili alla palpazione, ma soltanto all'inizio.

Milza generalmente normale; mancano localizzazioni viscerali; emoculture negative.

Caratteristiche sono le modificazioni sanguigne; pure restando normali il numero delle emazie e la quantità dell'emoglobina, si ha leucocitosi (15-20.000 leucociti per cmc.); i monociti oltrepassano il 50 % ed arrivano anche al 95 %. Trattasi di monociti di tipo vario: linfociti e soprattutto monociti tipici; qualche volta, si osservano mononucleari anormali che danno al sangue un aspetto leucemico.

L. Ramon che descrive un caso di questa malattia (*Presse médicale*, 9 maggio 1931) consiglia per il trattamento: riposo in letto, regime latteo, brodi di legumi, infusi caldi. Gargarismi emollienti, quattro volte al giorno con decotti di radici di altea e di foglie di eucalipto. Dopo ogni gargarismo, toccamenti delle tonsille con un collutorio di borato di sodio.

fil.

Sulla natura della neutropenia idiopatica.

C. W. Baldbridge e R. J. Needles (*The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, aprile 1931) descrivono quattro casi di neutropenia idiopatica, nome che essi preferiscono a quello di angina agranulocitica o agranulocitosi anche perchè la malattia può essere, anche per il nome, posta a fianco dell'anemia aplastica idiopatica e alla trombopenia idiopatica.

Essi ritengono che non si tratti di una malattia infettiva, ma che la necrosi dei tessuti rappresenti colla neutropenia la caratteristica della malattia e che i processi infettivi siano secondari.

La leucemia aleucemica si differenzia dalla neutropenia idiopatica dalle cellule anormali circolanti, dal midollo osseo iperplastico e dalla presenza di infiltrazioni leucemiche nei visceri.

La reazione linfatica si differenzia per il numero notevole dei linfociti che portano a cifra normale il numero totale dei leucociti.

La differenza tra mononucleosi infettiva e neutropenia idiopatica è solo questione di grado.

L'anemia aplastica è una neutropenia cui si aggiunge aplasia degli elementi della serie rossa. Leuchtenberger ha chiamato agranulocitosi complicate alcune forme di agranulocitosi con segni che l'avvicinano all'anemia aplastica. Ci sono anche malattie tossiche (da benzene, trinitroluene, ecc) che danno quadri ematologici simili.

La neutropenia idiopatica somiglia anche alla trombocitopenia ma se ne distingue perchè le emorragie sono per lo più terminali e dovute a sepsi secondaria.

Le teorie patogenetiche della neutropenia idiopatica sono: quella dell'esaurimento del midollo osseo da tossine non specifiche, quella di un'infezione specifica del midollo, quella di una insufficienza congenita del midollo, quella che considera la malattia come anafilattica. R. LUSENA.

Su di un caso di mielosi eritremica normoeritroblastica con porpora.

F. Forti (*Riv. Clin. Med.*, 1 genn. 1931) riferisce il caso d'una paziente con anamnesi remota negativa, la quale all'improvviso presentò una manifestazione emorragica cutanea e delle mucose, a tipo acuto, febbrile, sintomatologia che perdurò fino alla morte, avvenuta dopo un mese.

Dapprima il quadro ematologico fu pressochè normale, se si eccettua una discreta anemia, con valore globulare inferiore all'unità. Però prima della morte comparvero delle modificazioni del sangue, in modo rapido e progressivo, e tali da dovere ammettere una mielosi eritremica.

Nella considerazione del caso clinico l'A. prospetta le ragioni per escludere una endocardite maligna ed un'anemia perniciosa, ed ammettere, in base al reperto ematologico, la mielosi eritremica. Mette a confronto questo suo caso con quelli analoghi riferiti da altri AA., e per le modalità con cui si è svolto l'alterazione ematica, il Forti prospetta l'even-

tuale esistenza anche per le eritremie, analogamente a quanto è noto per le leucemie, di forme con fasi preeritremiche più o meno lunghe e di forme a decorso totalmente aneritremico. L. CARUSI.

Porpora emorragica del peritoneo con il quadro di una affezione addominale acuta.

Knoflach (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 160, pag. 355, 1930) ha osservato tre casi che vennero ricoverati con i segni di una affezione infiammatoria acuta addominale e che per il modo di insorgere dei dolori, la loro sede, la febbre si diagnosticarono come appendicite acuta. All'intervento, mentre l'appendice non presentava sintomi di flogosi recente, si rinvenne una porpora emorragica isolata del peritoneo parietale e del peritoneo del mesenterio dell'ultima ansa ileale. I pazienti guarirono tutti.

Non fu osservato in nessuno di questi casi una generalizzazione della manifestazione emorragica nè alterazioni del sangue che facessero pensare a una forma trombocitopenica. La etiologia dell'affezione è molto dubbia; l'A. pensa ad una alterazione secondaria in conseguenza di una intossicazione o di una infezione intestinale. Forme simili, se pur diffuse a tutto l'addome, si possono trovare nei bambini nella forma di porpora di Henoch che si differenzia dai casi osservati oltre che per l'età dei pazienti, e per la diffusione del processo, anche per le manifestazioni intestinali che l'accompagnano.

L'osservazione di questi casi è la prima del genere ed importante a conoscersi perchè non è possibile differenziarla da processi acuti addominali, specie l'appendicite. L'intervento oltre a dimostrare l'integrità dell'appendice, potrà permettere, con l'osservazione diretta del peritoneo, una diagnosi esatta.

P. VALDONI.

TERAPIA.

Dieta libera nel diabete.

Come osserva Stolte (*Med. Klin.*, n. 23, 1931), prima che l'insulina venisse a semplificare la cura del diabete, questa si basava esclusivamente sulle regole dietetiche che esigevano dal medico accortezza, pazienza, ed una conoscenza profonda della psiche del malato.

La prognosi del bambino diabetico era in particolar modo sfavorevole: e la sua cura, tutta basata su restrizioni alimentari, era assai penosa, e talora di difficile attuazione.

L'insulina naturalmente modificò notevolmente questo quadro: non è però da credere che essa abbia in tutto e per tutto sostituito l'azione del pancreas, la cui funzionalità può nell'individuo sano, adattarsi così perfettamente ai bisogni dell'organismo.

Nella cura insulinica, invece, dobbiamo sempre stare in guardia, per non darne ora troppo ed ora poca: infatti non esiste in realtà un rapporto sicuro tra dose d'insulina e quantità di idrati di carbonio utilizzati, giacchè tale utilizzazione dipende da molti fattori spesso incontrollabili; le influenze atmosferiche, gli stati della psiche ecc.: l'A. ha veduto bambini diabetici cadere in coma in seguito ad una sgridata del maestro.

È così che, malgrado l'insulina, molti Autori si mantengono ancora fissi ai princìpi di quella rigorosa dietetica che aveva ragione d'essere solo nell'epoca pre-insulinica: alcuni cercano sopperire alla penuria degli idrati di carbonio con una ricca somministrazione di grassi, e ritengono che la leggera acetonuria che suole accompagnare tale dieta sia quasi fisiologica, ciò che non si saprebbe ammettere.

Basandosi sull'importanza del fattore psichico nella tolleranza dell'alimentazione e tenendo conto delle influenze che sulla psiche appunto esercitano le continue restrizioni dietetiche, l'A. ha iniziato dapprima con prudenza e poi via via più liberamente, man mano che se ne palesavano i buoni risultati e l'ottima tolleranza, la somministrazione di una dieta libera, cioè ricca di carboidrati: naturalmente i bimbi così trattati debbono essere sorvegliati, e l'insulina tenuta sempre pronta, o che il bambino ecceda nella sua alimentazione di carboidrati, o che si verifichi un qualche fatto speciale, un'infezione per esempio.

Sulla base di numerose grafiche, e di varii esempi l'A. dimostra la fondatezza di queste sue ardite vedute terapeutiche, e venendo all'interpretazione patogenetica della ipofunzione pancreatica ritiene, in base alle sue osservazioni, che si tratti di un danno piuttosto funzionale che organico, non legato cioè alle alterazioni cellulari, ma a turbamenti della innovazione.

Concludendo, l'A. raccomanda l'uso di una dieta ricca d'idrati di carbonio, sempre però sotto il controllo dell'insulina. V. SERRA.

Cura esclusivamente dietetica dell'obesità.

E. Mollu (*Acta Med. Scandin.*, vol. LXXIV, fasc. IV, 1931) ricorda che molti obesi posti a regime di denutrizione, non mostrano quella discesa del peso corporeo che sarebbe da aspettarsi; in questi casi si parla di obesità endogena.

Allo scopo di determinare l'effettiva utilità di un trattamento esclusivamente dietetico, l'A. ha studiato nella Clinica Medica di Copenhagen 46 obesi, accuratamente scelti e trattati solamente con un dato regime di dieta.

Esso consisteva in 950 calorie, di cui 160 da proteina, 300 da grano e 490 da carboidrati; caffè nero, pane, e 300 gr. di vegetali erano dati ogni giorno, gli altri alimenti variavano: acqua e sali non erano limitati.

Malgrado la notevole quantità di idrati di carbonio l'urina era sempre esaminata in cerca di acetone: solo 8 malati ne presentarono tracce.

I risultati sono stati ottimi: il peso del corpo è diminuito da Kg. 0,4 a Kg. 0,9 per settimana: malgrado la rapidità del dimagrimento, gl'infermi non hanno accusato mai alcun disturbo.

Il metabolismo basale si è mantenuto nei limiti normali.

La bontà di questo trattamento, esclusivamente fondato sulla restrizione della dieta, è evidente: occorre però lottare con i malati, perchè non trasgrediscano le limitazioni alimentari e si procurino cibo da fuori.

In genere l'andamento delle curve era di una regolarità tale che ogni trasgressione dietetica vi appariva chiaramente o come un arresto nella diminuzione, o come un nuovo aumento del peso.

I malati debbono essere volta a volta lodati o ripresi dal medico: si cercherà anche di stimolare il loro amor proprio e si appenderà anche al letto la tabella dove ogni settimana è segnata la diminuzione del peso.

La perdita totale di peso è stata calcolata, per ogni malato, intorno ad una media di Kg. 8,8. V. Serra.

IGIENE.

Ricerche comparative sul valore antigene di alcuni vaccini antidifterici.

La recrudescenza della difterite in quasi tutta l'Europa negli ultimi 4 o 5 anni, come fanno osservare C. Artusi e V. Migliori (*Rivista di Clinica Pediatrica*, aprile 1931), ha reso il problema della vaccinazione antidifterica centro di importanti studi e di numerose applicazioni pratiche. Ma in questo fervore di lavoro, moltissimi vaccini antidifterici furono messi in commercio, talvolta prima che fosse stato possbile per essi un rigoroso controllo scientifico e pratico.

A frenare questa poco opportuna produzione di vaccini e per avere dati controllabili e confrontabili, nella Conferenza Internazionale della Società delle Nazioni tenutasi nel luglio 1929 a Parigi, sotto la presidenza del prof. Madsen, fu stabilito di organizzare con criteri uniformi una serie di ricerche in 10 paesi d'Europa, eseguendo le vaccinazioni con l'anatossina Ramon, con il tossoide O' Brien e con il miscuglio tossina-antitossina dell'Istituto Sierologico Olandese.

Gli AA. venuti a conoscenza di questa organizzazione solo nel 1930 hanno cercato di portare un loro contributo su queste ricerche, contributo non inutile, malgrado il numero relativamente esiguo dei casi. Gli antigeni usati furono:

1° *a*) l'Anatossina Beringwerke; *b*) l'Anatossina dell'Istituto Sieroterapico Nazionale.

2° Il T. A. F. Beringwerke.

3° L'unguento protettivo antidifterico secondo Löwenstein dell'Istituto Sieroterapico Viennese.

Le vaccinazioni furono praticate su 305 bambini dell'età da 1 a 11 anni, controllando gli immunizzandi prima, durante e dopo la vaccinazione mediante la Schick e nel 10% dei casi anche mediante la Römer. I risultati migliori si sarebbero avuti con la anatossina. Buona, ma troppo lenta l'immunizzazione con la TAF; insufficiente quella con l'unguento Löwenstein. Gli AA. fanno notare come nessun inconveniente si sia mai verificato per le vaccinazioni; e quindi mettono in rilievo alcune questioni concernenti i rapporti tra recettività cutanea alla tossina difterica e tasso antitossico del sangue. C. Nervi.

Modificazioni nel quadro della difterite epidemica e nella diatesi emorragica.

Esistono periodi in cui aumenta notevolmente la malignità della difterite ed altri periodi in cui la malattia è particolarmente benigna. Negli ultimi anni è aumentata la malignità della difterite mentre è diminuita la frequenza delle complicazioni laringee e nasali. È aumentata invece la frequenza della diatesi emorragica. Questa complicazione un tempo quasi sempre letale ha però acquistato un carattere benigno.

(F. Reicher, *Die Med. Welt*, n. 42, 1930).

R. Pollitzer.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Studi recenti sul B. granulosis: suo significato nel tracoma umano.

La recente scoperta fatta da Noguchi dell'agente etiologico del tracoma ha destato nel campo scientifico enorme interesse ed ha fatto fiorire in tutti i laboratori del mondo numerose serie di ricerche tendenti a controllare le esperienze dello scienziato giapponese.

P. Olitsky del Rochefeller Inst. di New York riferisce (*Giorn. di Batt. e Immun.* marzo 1931) i risultati delle sue ricerche che concordano con quelli del Noguchi e di altri AA. Da queste indagini appare che il *B. granulosis* è un microorganismo appartenente ad una nuova specie, il quale è stato isolato soltanto dal tracoma umano e dalla congiuntivite tracomatosa sperimentale di scimmie macacus ed antropoidi a mezzo di inoculazione di culture del batterio o a mezzo del materiale umano contenente il germe stesso.

Il microorganismo produce nei macachi e nelle scimmie antropoidi una congiuntivite granulare cronica che rassomiglia strettamente al tracoma umano. L'infezione della scimmia con il *B. granulosis* può essere ottenuta sia col trasporto della malattia da un occhio infetto a quello non infetto dello stesso animale o di altro animale convivente nella stessa gabbia (modo d'infezione che si avvicina molto a

quello dell'infezione umana) sia mediante strofinamento sulla congiuntiva di animali normali con secreto congiuntivale di scimmie infette o mediante instillazioni ripetute di culture seguite da strofinamento palpebrale. Da notare che stipiti patogeni di *B. granulosis* possono essere isolati dalla congiuntivite granulosa prodotta con uno dei metodi sovra esposti. Il tracoma umano può essere trasmesso a scimmie sia mediante ripetuti strofinamenti di secreto sia mediante una singola iniezione sottocongiuntivale di sospensione di tessuti. La fenomenologia clinica e patologica della malattia sperimentale è identica a quella della malattia prodotta da una cultura del microrganismo.

In seguito a queste ricerche lo stretto nesso fra *B. granulosis* e tracoma umano non potrebbe essere più negato. G. LA CAVA.

Immunità consecutiva ad un'infezione tracomatosa naturale e guarita, contro una reinoculazione sperimentale di virus.

Ch. Nicolle e U. Lumbroso (*Annali d'igiene*, aprile 1931) si sono rivolti il quesito se un'infezione tracomatosa naturale vaccinasse le congiuntive contro una reinoculazione sperimentale di virus. Dalle esperienze, eseguite su due vecchi tracomatosi con congiuntive completamente cicatriziali e definitivamente indenni da qualsiasi granulazione, gli AA. hanno tratto le conclusioni seguenti:

1°) Le inoculazioni endovenose di culture vive di *Bacterium granulosis*, ceppo Olitski, non vaccinano, benchè ripetute, contro l'ulteriore inoculazione di virus tracomatoso.

2°) Una prima infezione tracomatosa naturale, che abbia lasciato dietro di sè, dopo la guarigione, uno stato cicatriziale totale delle congiuntive, preserva il soggetto dagli effetti di una reinoculazione sperimentale di virus, dimostratosi attivo per un soggetto nuovo.

Inoltre queste esperienze costituiranno la base di un prezioso metodo, atto a farci riconoscere se il tracoma è dovuto a un virus mondiale unico o a diversi virus e, per conseguenza, a poter anche giudicare dell'ufficio dei differenti germi che potranno essere sospettati come agenti del tracoma, nelle diverse regioni del mondo dove saranno isolati. Per risolvere questo problema, basterà praticare delle reinoculazioni incrociate su tracomatosi cicatriziali di un paese con il virus o le culture di provenienza da un altro paese.

C. TOSCANO.

VARIA.

Eugenica e stirpe.

Nei primi tempi l'eugenica destò una irriducibile incredulità; Galton, che l'aveva ideata, faceva sorridere.

Sembrava assurdo di voler sottoporre la riproduzione umana a regole, che urtavano il feticcio della libertà individuale. Pareva inconcepibile di poter disciplinare la vita e particolarmente l'attività sessuale, con lo scopo unico di migliorare le generazioni avvenire.

L'umanità veniva ad essere assimilata — si diceva — al bestiame domestico, che l'allevatore può plasmare quasi a volontà, in generazioni successive, onde raggiungere scopi determinati. L'orgoglio della nostra razza risultava umiliato e ferito. Gli assertori del « libero arbitrio » risentivano un senso di ribellione.

Un po' per volta, però, la concezione galtiana si è affermata ed imposta, sia pure attraverso tergiversazioni e riserve. Oggi si riconosce generalmente il dovere di mettere al mondo figli sani; di tutelare la salute fisica, morale e psichica e, quindi, il benessere delle prossime generazioni.

Anche in questo campo vi sono estremisti e moderati. Il Bompiani, autore del lavoro « Eugenica e stirpe », édito dal Pozzi, appartiene al secondo gruppo. Egli si mantiene lontano dalle esagerazioni e dagli eccessi, dalle aberrazioni e dalle stravaganze che caratterizzano molti moderni eugenisti; egli s'impone dei limiti definiti.

Così la limitazione volontaria delle nascite non trova grazia presso il Bompiani, dacchè a torto — egli dice — si presume che la migliore qualità della prole possa compensarne la minor quantità. Il Bompiani rifiuta recisamente anche la legittimazione dell'aborto per cause sociali ed eugeniche. Non consente nella restrizione che vorrebbe imporsi ai matrimoni, attraverso i certificati medici prenuziali. Non ammette la sterilizzazione coercitiva di criminali e degenerati. Tutte queste pratiche non solo disorientano o sconvolgono i benpensanti, ma lasciano perplessa l'equilibrata mentalità del popolo italiano; anche se talora il freddo raziocinio porta a sanzionarle, il sano istinto della razza ci dice che conviene di starne lontani o almeno di procedere con somma prudenza e cautela nell'impegnarsi per queste viepericolose o infide.

Senza volere strafare, si può ottenere molto nel campo dell'eugenica, applicando l'igiene in senso lato. In questo senso il libro del Bompiani si rende prezioso, per la copia e la precisione dei dati, concernenti la lotta contro le malattie infettive e contro le intossicazioni, la educazione fisica, l'igiene del lavoro, tutta l'igiene individuale, particolarmente l'igiene della gravidanza e del puerperio, l'igiene del bambino, l'igiene dello sviluppo, fino all'età pubere; speciale attenzione egli rivolge alla lotta contro la mortinatalità e contro la mortalità infantile. Tutta questa parte dell'eugenica è la più convincente, e il Bompiani ce ne ha dato una trattazione chiara e interessantissima.

R. P.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XXII. - Soppressione di posto e dispensa dal servizio - Rimedi giuridici.

Fu soppresso un posto di organico con deliberazione approvata dall'autorità tutoria. Ne derivò la dispensa di un impiegato, il quale ricorse alla G. P. A. in sede giurisdizionale e poi al Consiglio di Stato. Il Comune dedusse che il ricorso era inammissibile, perchè contro il provvedimento di soppressione, approvato dall'autorità tutoria, avrebbe dovuto essere prodotto reclamo gerarchico.

La V^a^ Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 11 aprile 1931 n. 220, ha respinto la eccezione, per queste considerazioni:

« Se fosse vero, infatti, l'assunto della difesa « del Comune, si verrebbe a questa conseguen« za evidentemente ingiusta, che cioè pel solo « fatto della intervenuta approvazione tutoria, « contro un provvedimento di enti locali rela« tivo a rapporto di impiego coi propri dipen« denti, si avrebbe il solo ricorso gerarchico « e contro di esso il ricorso a questo consesso « per sola legittimità, in base all'art. 29 n. 1 e « penultimo comma del R. D. 26 giugno 1924 « n. 1054; mentre invece, nel sistema della leg« ge, oltre a questa via si è voluto in modo al« ternativo e facoltativo per l'interessato dare « quella del ricorso contenzioso alla G. P. A. « ed a questo collegio in secondo grado, con « giurisdizione, entrambi, di merito (art. 4 del « R. D. 26 giugno 1926 n. 1058, combinato « col disposto dell'art. 26 n. 16 del R. D. 26 « giugno 1924, numero 1054) ».

A noi non sembra che si tratti di rimedi giuridici alternativi e facoltativi. La deliberazione che sopprime il posto compreso nella pianta organica è atto per sè stante ed ha condizione giuridica sua, anche per la formazione e la efficacia e per i rimedi giuridici. Poichè si risolve in una modificazione dell'organico è soggetto ad approvazione dell'autorità tutoria: senza di essa non è efficace. Contro questo provvedimento, in quanto modifica l'organico e sopprime il posto, è ammesso ricorso gerarchico, anche per motivi di opportunità e di convenienza, che l'autorità gerarchica può esaminare, esercitando sindacato pieno sull'atto dell'organo dipendente. Ma questo giudizio ha un obbietto ben circoscritto e non va oltre i limiti della soppressione del posto.

Diversa e generalmente distinta è la deliberazione che dispensa dal servizio l'impiegato, per causa dipendente dalla modificazione dell'organico, cioè dalla soppressione del posto. Contro questo provvedimento definitivo, che lede attualmente e immediatamente il rapporto d'impiego, è ammesso il ricorso alla G. P. A. in sede giurisdizionale e, poi, al Consiglio di Stato.

Ma qui si discute della dispensa dal servizio: se la deliberazione è regolare; se è intrinsecamente legittima; se quell'impiegato o altro dovesse essere dispensato; se dovesse precedere un periodo di aspettativa, ecc.

Può discutersi anche della soppressione del posto (se sia effettiva, se esista, ecc.), ma dal punto di vista della *causa della dispensa*. Non può essere, invece, sindacata la opportunità, la convenienza della riforma.

Due rimedi, dunque, non alternativi e facoltativi; ma distinti e corrispondenti a due provvedimenti, diversi per contenuto e condizione giuridica, sia pure generalmente connessi, ma non confondibili.

Talvolta, anzi, il nesso tra la soppressione del posto e la dispensa *non è necessario*: questa può non seguire l'altra, assolutamente (cioè per tutti gli impiegati) o relativamente (per alcuno di esso).

Generalmente la dispensa è effetto di un'altra manifestazione di volontà, successiva alla soppressione del posto: giuridicamente ne è sempre distinta.

La formulazione dei rimedi richiede accortezza e visione esatta dei limiti; anche perchè il ricorso gerarchico, se fosse diretto contro la dispensa, precluderebbe la via al ricorso alla Giunta Provinciale Amministrativa, essendo efficace in questo caso la regola della esclusione: *electa una via non datur recursus ad alteram*.

XXIII. - Ricorso - Deposito del provvedimento impugnato.

Un concorrente fu escluso dalla Commissione per irregolare documentazione. Ricorse al Consiglio di Stato e nel termine di trenta giorni dalla notificazione depositò la lettera del Commissario, che comunicava la esclusione, ma non ne indicava il motivo; produsse poi, ma tardivamente, il verbale della Commissione che conteneva il provvedimento di esclusione.

Il ricorso è stato dichiarato inammissibile dalla V^a^ Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 17 aprile 1931 n. 231, per insufficienza e irregolarità del deposito del provvedimento impugnato. Si è ritenuto talvolta che se l'atto sia prodotto dal resistente, non si verifica la decadenza. Ma è da tener presente che, insieme col ricorso, devono essere prodotti gli atti impugnati, compresi i verbali della Commissione quando il procedimento di essa sia contestato.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. Giovanni Selvaggi, esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Come prolungare la vita umana.

Osserva A. Lutrario (*Bull. mens. Off. intern. d'hygiène publique*, 1931, n. 1, ed in una Conferenza tenuta lo scorso marzo all'Istituto nazionale delle Assicurazioni) che la battaglia vittoriosa contro la mortalità costituisce una caratteristica della moderna civiltà. Gradatamente abbiamo veduto la mortalità flettere e scendere a cifre che si ritenevano un tempo irraggiungibili. Alcuni igienisti di un tempo avevano fissato, di fatto, che il 20 ‰ era il limite minimo a cui poteva ridursi la mortalità; orbene, questa da diversi anni in Italia si aggira sul 15 ‰, ed in altri paesi (Olanda, Inghilterra, Germania, Norvegia, Australia) è anche discesa oltre, intorno al 10 ‰. Il maggior tributo che paga l'Italia alla mortalità è in rapporto con la natività di molto più elevata che negli altri paesi, per il fatto che la mortalità nei primi stadii della vita è sempre più alta.

La diminuzione della mortalità è dovuta ad una serie di fattori, quali l'aumento del tenore di vita, la maggior considerazione del valore della vita, le opere igieniche, ma è anche connessa con la denatalità che, riducendo il numero degli individui (bambini) esposti a morire, ha abbassato i tassi globali di mortalità.

Ma, si domanda l'A., è possibile proseguire ancora su questa via e guadagnare alcuni altri « punti » per il benessere dell'umanità?

È un fatto che alcune città, alcuni Paesi hanno compiuto progressi igienici tali che potrebbe dirsi raggiunta una specie di saturazione. Ma molto vi può essere ancora da fare, specialmente per la campagna. Vi sono poi due altri campi, in cui possono raccogliersi ancora buoni frutti e cioè:

1) la protezione della prima infanzia;

2) la tutela della salute individuale.

Per quanto riguarda la protezione della prima infanzia è indubitato che dei progressi possono realizzarsi; una recente inchiesta condotta in sette Paesi d'Europa, pur molto evoluti in materia di assistenza all'infanzia, ha dimostrato che vi sono in essi dei distretti in cui la mortalità infantile è tuttora molto alta. Una lotta contro di essa potrà dare certamente buoni risultati.

Ma ancora più utile sarà la *battaglia per la tutela della salute individuale*.

Nello studio delle statistiche della mortalità, sovratutto degli Stati Uniti di America, è stato rilevato che, mentre i quozienti si sono enormemente abbassati per la prima età e per l'età giovane, la mortalità fra gli individui di età matura rimaneva la stessa se pure non aumentava. Proprio nel periodo dai 45 anni in su, uno dei più utili della vita, si ha una mortalità elevata per malattie del cuore, delle arterie, dei reni, che insorgono insidiosamente senza dare che pochi o punto disturbi, mentre spesso un epilogo tragico viene a troncare l'esistenza: paralisi cardiaca, emorragia cerebrale, angina pectoris, uremia. Oppure, quando l'individuo si accorge della malattia, è già troppo tardi per porvi rimedio, sicchè un gran numero di esistenze sono falciate nel pieno della loro attività, mentre curando a tempo i loro malanni avrebbero potuto continuare una vita utile.

Ma, per riconoscere a tempo queste ed altre malattie che, decorrendo per un certo periodo nel silenzio dei fenomeni, non mettono il paziente sull'avviso, è necessario che l'individuo venga visitato mentre si ritiene ancora sano. Ecco quindi sorgere l'idea delle *visite mediche periodiche ai sani* che, lanciata dapprima dal Dr. Lyman-Fisk, ha avuto la prima realizzazione nel « Life Extension Institute », che ha cominciato a funzionare con alcune Compagnie di assicurazione sulla vita (1).

L'idea, dapprima accolta con freddezza, ha finito con l'imporsi ed i risultati raggiunti sono molto incoraggianti. Si è così osservato che la mortalità, fra gli esaminati di tutte le età, è diminuita del 23 % in confronto di quella degli individui non esaminati e che la mortalità degli individui da 50 a 60 anni è diminuita del 53 %.

Gli esami periodici consistono in: 1) anamnesi molto particolareggiata; 2) esame generale e funzionale sistematico; 3) esame fisico obbiettivo; 4) esame da parte di specialisti (oculista, oto-rino-laringoiatra, sifilografo, dentista, radiologo, ecc.); 5) esame delle urine e del sangue (Wassermann).

Per i soli servizi centrali di New York, Boston e Chicago, sono state fatte, nel 1929, 160 mila visite periodiche. L'Istituto non dà nessuna indicazione sulla diagnosi e sulla cura, limitandosi a fornire dei consigli igienici ed a raccomandare al cliente di consultare il medico di famiglia il quale, dalla lettura della relazione, comprenderà il carattere delle anomalie riscontrate.

Nel 98,5 % la visita fu riscontrata utile e nel 70 % si trovò l'opportunità di ricorrere ad una cura.

---

(1) L'A. richiama, per l'Italia, i precedenti di E. Levi, G. Perilli, A. Ranelletti, ecc.

Dell'argomento il nostro giornale ebbe ad occuparsi per il primo, credo, in Italia: (*Nuovi orizzonti della medicina preventiva. Le visite mediche periodiche ai sani*, 1926, p. 234).

La pratica delle visite mediche periodiche si è diffusa molto agli Stati Uniti grazie anche ad un'attiva propaganda. Il movimento va conquistando anche l'Europa.

In Italia l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ha ben presto iniziata tale forma di attività, determinando le linee del programma di azione che si è sviluppato in tre direzioni:

a) concessione delle visite mediche gratuite agli assicurati, accompagnate sempre dalla ricerca urologica e dalla misura della pressione arteriosa;

b) concessione, in casi speciali, di ricerca urologica più completa e della ricerca della glicemia e dell'azotemia;

c) concessione di speciali facilitazioni per cure termo-minerali e dentarie.

Le visite mediche, concesse gratuitamente agli assicurati da L. 20.000 in su, si ripetono ogni 2 anni e si applicano anche alle persone sane, allo scopo di « collaudare » lo stato di salute e sorprendere l'inizio della malattia.

Fra gli altri Stati d'Europa, citiamo anzitutto la Germania che possiede, a tale scopo, un organismo sanitario centrale, a cui nel 1928 erano già inscritte 22 Compagnie di assicurazioni. In Inghilterra le Compagnie di assicurazione accordano notevoli riduzioni di premi agli assicurati che si sottopongono ogni anno alla visita medica. L'Austria concede questa ogni tre anni e così pure la Svizzera, dove si fa pure un'attiva propaganda.

Il movimento si va estendendo nel Giappone, nel Canadà, in Australia.

Principalmente per merito dell'A. l'iniziativa viene ora patrocinata dal Comitato permanente dell'Ufficio internazionale di Igiene pubblica e sta quindi per entrare nella fase di una realizzazione sempre più larga.

Finora si cercava la conservazione della vita umana mediante la collaborazione fra il medico ed il malato; oggi muta la situazione, aspirando alla collaborazione fra medico ed individuo sano.

E' tutta un'altra concezione della funzione sociale del medico; in fondo, però, non si tratta che di applicare all'organismo umano la pratica che si segue per le macchine, di sottoporle cioè a periodica revisione.

L'idea è semplice e non difficile ne sarà la realizzazione se si potranno vincere gli ostacoli che consistono, non soltanto nel consenso degli Istituti di assicurazione e nell'ottenere l'unificazione dei metodi di esame, ma soprattutto nel vincere i pregiudizi individuali.

Bisogna, con la propaganda, con la persuasione, superare questo stato d'animo; bisogna che la coscienza consideri la vita umana con un altro sentimento. Non il sentimento di vivere pur che sia, ma di vivere *sani*, per servire degnamente la Patria ed essere utili alla collettività ed a se stessi. *fil.*

CONCORSI.

Posti vacanti.

Abbiategrasso (*Milano*). *Ospedale di Circolo « Costantino Cantù »*. — A ore 18 del 31 ag., assistente; L. 6000 da decurtarsi del 12 % e 4 quinquenni dec., abitaz.; tassa L. 50,10 all'Amm.ne dell'Opera Pia; età lim. 30 a.; doc. a 3 mesi dal 9 lug.

Arezzo. *Amministr. Provinc.* — Coadiutore della Sez. med.-micrograf. del Laborat. Prov. d'Igiene e Profilassi; scad. ore 18 del 15 ott.; titoli ed esami; L. 11.000, 5 quadrienni dec. e c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 16 lug.; serv. entro 15 gg. Tassa L. 50,10. Chied. ann.

Attigliano (*Terni*). — Scad. 11 ag.; L. 8000 e 3 quinquenni dec., oltre L. 600 serv. att., L. 1200 indenn. supplementare, L. 500 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.

Bolognola (*Macerata*). — A ore 11 del 10 ag.; L. 9000 ridotte del 12 %, con 3 quadrienni dec., oltre L. 600 uff. san., L. 200 arm. farm., c.-v.; età lim. 35 a., doc. a 3 mesi dal 7 lug., tassa L. 50.

Campolongo Maggiore (*Venezia*). — Scad. 5 sett.; 1° reparto; L. 9000 oltre mezzo trasp., L. 500 se uff. san., c.-v.

Castions di Strada (*Udine*). — A tutto 15 ag.; L. 9000 oltre L. 500 serv. att., L. 800 uff. san., c.-v., L. 1000-1500-3000 trasp.; riduz. 12 %.

Catanzaro. *Cassa Mutua Malattie Operai Edili ed Affini.* — Direttore sanitario; L. 1500 mensili nette; diaria L. 45 riducibile di 2/3 se rientra nella giornata e diritto di prima visita; nomina quinquennale rinnovabile; età lim. 50 a.; scad. 25 ag.; tassa L. 50,10. Rivolgersi Consiglio Amministrazione, piazza Roma.

Conselice (*Ravenna*). — Scad. 30 sett.; per San Patrizio-Chiesanuova; L. 9000 e 10 bienni ventesimo oltre L. 2500 trasp., c.-v., età lim. 40 a.; tassa L. 50.

Dogliola (*Chieti*). — Scad. 10 sett.; L. 8700 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Enna. *R. Prefettura.* — Per titoli. Ufficiale Sanitario nel Comune di Valguarnera. Stipendio annuo lordo L. 7000. Cinque aumenti quinquennali di L. 600 ciascuno. Documenti di rito. Scadenza 15 settembre. Per maggiori chiarimenti rivolgersi alla R. Prefettura di Enna.

Fertilia (*Napoli*). — Al 15 ag.; L. 9500 oltre L. 1000 cavalc.; riduz. 12 %; c.-v.; serv. entro 15 gg.; tassa L. 50,10; età lim. 40 a.

Firenze. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stab. Riuniti.*

Al 20 ag., direttore con residenza a Careggi; laurea da 10 anni, 3 anni con posti di ruolo in ospedali; studi scientifici e pratici applicati all'igiene generale e ospedaliera.

Al 31 ag., ore 12, tre assistenti per l'Ospedale Sanatorio di Careggi; età lim. 30 a.; L. 6400 decurtate del 12 %; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 25 lug.

Chiedere annunzi alla Segreteria.

Ghisalba (*Bergamo*). — Scad. 31 ag.; con Cavernago; L. 6500 e addizionale di L. 2 e di L. 5 per tutti gli inscritti (assist. farmaceut. o medico-farmac.), oltre L. 1000 trasp., L. 500 uff. san., e

c.-v.; deduz. 12 %; età lim. 35 a.; doc. a un mese; tassa L. 50. Chied. ann.

LEZZENO (*Como*). — Scad. 15 ag.; L. 9000 per 400 pov., addizion. L. 5, trasp. L. 700, ambulat. L. 500, se uff. san. L. 700; deduz. 12 %; doc. a 3 mesi dal 5 lug.; tassa L. 50. Chied. ann.

MALFA (*Messina*). — Scad. 11 ag.; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1700 cavalc., L. 475 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.

MARCIGNAGO (*Pavia*). — Scad. 10 ag.; consor.; L. 14.000 e 5 quadrienni dec.; obbligo mezzo trasp.; L. 500 se uff. san.; L. 500 ambulat.; deduzione 12 %.

MASSAFISCAGLIA (*Ferrara*). — Scad. 15 ag.; 1ª cond., L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre assegno complement. L. 2520 per ammogliati, L. 2160 per celibi; L. 2500 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

MILANO. *Comune*. — È aperto il concorso per titoli e per esami al posto di Capo del Laboratorio Chimico Municipale, alle condizioni fissate dal vigente Regolamento generale ed organico per il personale del Comune. Lo stipendio iniziale è di L. 18.000 all'anno, al lordo delle trattenute di legge nonchè della riduzione del 12 % di cui al R. D. L. 20 novembre 1930, n. 1491. Detto stipendio è suscettibile di sei aumenti quadriennali fino a raggiungere il massimo complessivo di annue L. 9800, salvo le trattenute e le riduzioni di cui sopra. Il funzionario nominato a detto posto fruirà inoltre di un assegno di carica di L. 4000 annue e di un supplemento di servizio attivo di annue L. 3000, l'uno e l'altro non valutabili per la pensione e suscettibili entrambi delle trattenute di legge e della citata riduzione del 12 %. Qualora il nominato fosse già inscritto al Fondo Pensioni del personale dipendente del Comune di Milano, esso continuerà la propria iscrizione al Fondo stesso, con le relative trattenute. In caso diverso sarà soggetto, per quanto concerne il trattamento di quiescenza, alle disposizioni di cui al R. D. L. 15 aprile 1926, n. 679.

Domanda di ammissione e documenti da allegarsi. — La presentazione della domanda implica l'accettazione di tutte le disposizioni che regolano lo stato giuridico ed economico degli impiegati del Comune di Milano, a norma del relativo Regolamento generale ed organico, e delle modificazioni che al medesimo saranno in prosieguo apportate. Le domande, debitamente corredate dei documenti di cui in appresso, dovranno essere stese su carta da bollo da L. 3 e presentate all'Ufficio di Protocollo Generale del Comune (via Rastrelli n. 7) non più tardi delle ore 16 del giorno 26 ottobre 1931-IX. Alla domanda i concorrenti dovranno unire i seguenti documenti in carta legale e debitamente legalizzati: 1) certificato di nascita, dal quale risulti che alla data di pubblicazione del presente bando l'aspirante non ha superato l'età di anni 45. Questo limite di età è elevato di cinque anni per coloro che hanno prestato servizio militare dal 24 maggio 1915 al 4 novembre 1918. Sono esentati dal limite d'età: *a*) gli aiuto ed assistenti delle Facoltà di medicina e chirurgia e di chimica e delle scuole di chimica e farmacia presso le Università e gli Istituti di istruzione superiore; *b*) coloro che alla data del bando di concorso prestino servizio presso laboratori di igiene e di profilassi, dipendenti dallo Stato o da altri Enti pubblici, in base a regolare nomina conseguita per effetto di pubblico concorso; *c*) coloro che alla data del bando di concorso prestino ininterrotto servizio, anche per effetto di incarico provvisorio, da almeno tre anni, presso laboratori di igiene e di profilassi, dipendenti dallo Stato e da altri Enti pubblici; 2) certificato di cittadinanza italiana. Sono equiparati ai cittadini dello Stato i cittadini delle altre regioni italiane, quando anche manchino della naturalità; 3) certificato di non aver subito condanne penali per i titoli indicati nell'articolo 25 del Testo Unico della Legge comunale e provinciale, approvato con R. D. 4 febbraio 1915, n. 148, salvo che la condanna si stata seguita da riabilitazione o da amnistia, e salva, in quest'ultimo caso, l'eccezione contemplata nel N. 10 dell'articolo 107 della Legge Elettorale politica vigente; 4) certificato di buona condotta morale, civile e politica, accertata dal Podestà o dai Podestà dell'ultima residenza almeno triennale; 5) diploma di abilitazione all'esercizio della professione di chimico, o diploma di laurea in chimica, in chimica e farmacia o in chimica industriale conseguito entro il 31 dicembre 1924, o conseguito entro il 31 dicembre 1925 da coloro che si trovassero nella condizione prevista dall'art. 6 del R. D. 31 dicembre 1923, n. 2909. Detti diplomi dovranno essere esibiti in originale o in copia notarile; 6) certificato di aver adempiuto agli obblighi di leva; 7) certificato di sana e robusta costituzione e di idoneità fisica all'esercizio della carica, salva visita di controllo da parte dell'Ufficiale Sanitario del Comune di Milano; 8) ricevuta del Civico Cassiere pel pagamento della tassa di L. 50 dovuta ai sensi del R. D. 21 ottobre 1923, N. 2361.

I certificati di cui ai n. 2, 3, 4 e 7 debbono essere di data non anteriore a tre mesi a quella del presente bando. Nella domanda ogni concorrente, oltre al cognome, al nome, alla paternità ed al luogo di nascita, indicherà un recapito al quale soltanto verranno indirizzate le occorrenti comunicazioni. Ogni concorrente allegherà alla domanda i titoli scientifici e di carriera che crederà utile nel proprio interesse di produrre, descrivendoli in un elenco, in due originali, dei quali uno rimarrà unito agli atti ed il secondo gli sarà restituito, con dichiarazione di ricevuta. Per i concorrenti, a parità di merito, hanno vigore le norme di cui all'art. 3 del R. D. 24 settembre 1923, n. 2073. La nomina sarà fatta per un biennio di prova, a termine dell'articolo 18 del Regolamento generale ed organico per il personale del Comune di Milano.

Avvertenze. — Gli esami consisteranno in prove scritte, in esercizi pratici ed in prove orali, ai sensi dell'art. 6 del R. D. 16 gennaio 1927, n. 155. La commissione giudicatrice, alla quale spetta anche di decidere sull'ammissibilità dei concorrenti, sarà composta ai sensi dell'art. 5 del precitato Regio Decreto. Si intenderà che il nominato abbia rinunciato al posto conferitogli se non assumerà effettivamente il servizio entro 30 giorni dalla data della consegna della lettera di nomina. Lo stipendio e l'anzianità decorreranno dal giorno in cui il nominato avrà assunto effettivo servizio. Il vigente Regolamento generale ed organico per il personale del Comune è visibile presso la Ripartizione Personale (Palazzo Marino, secondo piano).

Milano, 26 luglio 1931.

Il Podestà: MARCELLO VISCONTI DI MODRONE.

MONTEFIORE CONCA (*Forlì*). — Al 20 ag., ore 12; L. 10.000 e 10 bienni ventes., oltre L. 2000 cavalc.; diminuz. 12 %; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 20 lug.

MOSCHIENA (*Fiume*). — Scad. 15 ag.; L. 8000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 320 serv. att., L. 1000 uff. san.; riduz. 12 %; L. 800-2500-4000 trasp.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

MOTTA CAMASTRA (*Messina*). — Scad. 30 sett.; L. 8700 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 uff. san., L. 2000 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

ORIA (*Brindisi*). — Scad. 20 sett.; L. 8000 riducibili 12 %; addizionali L. 3 e L. 5 oltre 1000 e 1500 poveri; 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

PAULARO (*Udine*). — Per titoli. Assegni annui soggetti alle legali trattenute: Stipendio base lire 11.000, dedotto del 12 %, L. 9680, aumentabile del decimo per 6 consecutivi quadrienni. Indennità di servizio attivo L. 600, con riduzione 12 %, lire 528. Indennità mezzo obbligatorio di trasporto, L. 3000, meno 12 %, L. 2640, se con automobile o cavallo; L. 1500 meno 12 %, L. 1320 se verrà usata la motocicletta. Ufficiale Sanitario L. 1000, meno 12 %, L. 880. Indennità caro-viveri a norma capitolato, decurtata in base alle vigenti disposizioni. Tassa concorso L. 50,10. Documenti di rito. Scadenza 30 settembre. Per ottenere il bando di concorso e chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

ROMA. *Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali*. — Un medico aiuto e cinque medici assistenti presso l'Ospedale in Galliera Veneta (Padova). Un medico assistente presso l'Ospedale in Bioglio (Novara). Scad. 31 agosto. Titoli ed esami. Età lim. 35 a. Stip. L. 6500 per l'aiuto, L. 5000 per gli assistenti, oltre indennità di L. 2000 per ciascuno. Chiedere annunzio alla Direz. Gen. (Serv. Personale), via Minghetti 17, Roma.

ROSSANA (*Cuneo*). — Scad. 15 ag.; L. 8340 oltre L. 500 uff. san., L. 1000 trasp.; deduz. 12 %; tassa L. 50.

SALLE (*Pescara*). — Scad. 25 ag.; L. 10.000 ridotte 12 %, oltre L. 500 uff. san.

SARNO (*Salerno*). *Consorzio Prov. Antitubercolare*. — Direttore del dispensario; L. 6000; età lim. 45 a.; tassa L. 50; titoli, eventualm. esami; scad. 20 ag.

SAVONA. *Regia Prefettura*. — Ufficiale sanitario del Comune di Vado Ligure; stipendio lorde lire 8000, oltre il caro viveri, con libertà di esercizio professionale. Documenti di rito: età lim. a. 45, per gli ex combattenti a. 50. Scadenza 15 settembre 1931. Indirizzare le domande alla R. Prefettura di Savona. Per informazioni rivolgersi al Comune di Vado Ligure.

TORBOLE CASAGLIO (*Brescia*). — Scad. 10 ag.; lire 7920 e 5 quinquenni dec., oltre c.-v., L. 3000 trasp., L. 500 ambulat., L. 300 uff. san.; età lim. 35 a.

TORREMAGGIORE (*Foggia*). — Scad. 15 sett.; 1° reparto; L. 8500 e 5 quadrienni dec. ridotte; età lim. 25-35 a.; tassa L. 50 nette.

VADO LIGURE. — (Vedi SAVONA).

VALGUARNERA. — (V. ENNA).

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

Chirurgo, docente, 15 anni di pratica operativa, già primario Ospedali, fornito di ottimi titoli, cerca posto per lungo interinato o supplenza anche in piccolo Ospedale di provincia, oppure in importante condotta chirurgica, con probabilità di nomina stabile. Offresi pure di subentrare o associarsi a collega in Casa di Cura già avviata, od in ampliamento o da iniziarsi purchè in centro importante e redditizio.

Scrivere dettagliando a: Tessera ferroviaria 852173, fermo posta, Siena.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Carlos Bonorino Udaondo, clinico medico, è nominato decano della Facoltà di scienze mediche di Buenos Aires.

Il prof. Leitão da Cunha è nominato direttore della Facoltà medica di Rio de Janeiro, al posto del prof. Fernando Magalhães, nominato rettore dell'Università.

Il prof. Gregorio Aràoz Alfaro di Buenos Aires è nominato membro corrispondente dell'Accademia di Medicina di Parigi.

Corrigenda. — Nel fasc. scorso, p. 1091, l. 6ª, leggere: esteri.

Per l'istituzione di un premio annuo presso la R. Università di Roma, da intitolarsi: "Fondazione Vittorio Ascoli„

Somma come dal N. 30	L.	42.880 —
Prof. Giuseppe Bastianelli (Roma) .	»	500 —
Ing. L. Bonamico (Roma)	»	200 —
Prof. Salvatore Diez (Roma)	»	100 —
	L.	43.680 —

Le sottoscrizioni si ricevono presso la Clinica Medica al Policlinico Umberto I, Roma; ovvero presso il nostro periodico, via Sistina 14, Roma.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Locarno.

" Tomarkin Foundation "
Corso internazionale per medici.

A Locarno città dei fiori e dell'olivo almeno simbolico, sotto gli auspici della Tomarkin Foundation si è tenuto, nei mesi di aprile e di maggio, un corso internazionale per medici. Questa Istituzione americana ha per iscopo di raccogliere, a primavera e in autunno, medici di ogni regione d'Europa attorno a un gruppo pure internazionale di medici e professori incaricati di svolgere argomenti, non solo di attualità, ma da loro in special modo prediletti.

La varietà degli argomenti è assicurata da un numero considerevole di conferenzieri — 33 nell'ultimo corso — scelti in Europa fra i cultori di branche diverse delle scienze mediche. Ne risulta così la possibilità per gli uditori di ascoltare in un periodo di tempo breve e in una sintesi unica i problemi più importanti della biologia e della patologia trattati da persone in special modo competenti!

La scelta di Locarno per corsi di questo genere, a carattere internazionale, sia per gli uditori che per i conferenzieri, non poteva essere più felice. La piccola città del Canton Ticino, con lo specchio terso del lago, con lo sfondo delle sue montagne policrome, diventa nelle due più belle stagioni dell'anno un soggiorno incantevole per la quiete e per il *comfort* che riposano il corpo, per i fiori e per i colori che rasserenano l'animo. E poi Locarno è posta in un paese, per così dire, neutro dove si parlano le tre lingue più importanti dell'Europa continentale. Infine vi è l'accoglienza del signor Tomarkin, che è del resto nativo del luogo, accoglienza fatta di urbanità, di cortesia e di signorilità così squisite quali solo possono risultare dalla fusione armonica delle razze latina e anglo-sassone.

Nell'ultima riunione primaverile sei paesi vi erano rappresentati: l'Austria, il Belgio, la Francia, la Germania, l'Italia, l'Ungheria e la Svizzera. L'Austria inviò i professori Meyer, Neumann, Pik e Silbestein, il Belgio il professor Dustin. Dalla Francia vennero Besredka, Calmette, Leriche, Levaditi, Pasteur, Vallery-Radot, Pautrier, Regaud e Weinberg. Dalla Germania giunsero i professori Abderhalden, Blumenthal, Brauer, Brugsh, Elkeles, Jadassohn, Neufeld, Uhlenhuth, von der Velden, Weichardt. Dall'Italia Bertarelli e Pezzi, von Koranyi dall'Ungheria e dalla Svizzera Alexander, Ascher, Burgi, Guggisberg, de Quervain, Sobernheim, Tschirch.

Le conferenze furono delle più svariate e gli argomenti, benchè svolti con una certa omogeneità, erano tolti alle diverse branche delle scienze mediche, alla batteriologia, alla serologia, alla immunologia, alla patologia sperimentale, alla patologia medica e chirurgica. Gli uditori sebbene fossero in prevalenza svizzeri e tedeschi, convennero un po' dapertutto. Vi erano dei polacchi, qualche americano, qualche francese e qualche italiano senza contare i conferenzieri stessi che si facevano spesso un dovere e un piacere di ascoltare maestri di paesi e scuole diverse per lo più conosciuti solo attraverso le loro pubblicazioni. E questo è pure uno dei non meno importanti meriti della riunione di Locarno, e qui mi sia permesso di esprimere un desiderio cioè che una delle riunioni annuali sia dedicata a un ramo speciale delle scienze mediche, alla neurologia, alla immunologia, ecc.; sarebbe così possibile, in un tempo breve, udire in una sintesi veramente eccezionale dalla parola dei maestri più competenti di Europa ciò che di nuovo e definitivo è stato acquisito sopra un dato argomento. Sarebbe, inoltre, possibile ai migliori rappresentanti scientifici in una data materia, di trovarsi riuniti, di conoscersi direttamente e forse al termine del corso, in una seduta finale, di mettere all'ordine del giorno la discussione su un determinato problema in cui ciascuno verserebbe il frutto della propria esperienza. Si creerebbe così una specie di piccolo congresso finale, senza pretese, ma quanto più proficuo nell'intimità del soggiorno dei congressi standardizzati internazionali generalmente di scarsa utilità.

Una riunione simile, doppiamente utile, agli uditori da un lato e ai conferenzieri dall'altro, non può aver luogo che sulla terra ospitale e neutra della Svizzera e non può essere organizzata che da un ente ricco di mezzi quali la « Tomarkin Foundation ». Di una riunione siffatta ho tenuto parola allo stesso sig. Tomarkin che me ne ha prospettato le difficoltà. Le difficoltà però si possono vincere; mi auguro che lo siano e che Locarno, portatrice della prima parola di pace nella tormentata Europa, realizzi la comunione scientifica del vecchio continente.

Dott. prof. CESARE PEZZI - Milano.

NOTIZIE DIVERSE.

Convegno internazionale d'idrologia medica.

L'« International Society of Medical Hydrology » si adunerà quest'anno in Germania dall'8 al 15 ottobre; la seduta inaugurale si terrà a Berlino, nei locali dell'Università; le sedute successive in varie stazioni di cura. Temi: « Reumatismo »; « Sulle malattie digerenti e cataboliche »; « Catarri respiratori »; « Radioattività delle sorgenti minerali ». La riunione è libera per i membri dell'Associazione; gli altri medici devono rivolgersi alla Società (Wellington Road 55, London N. W. 8., Inghilterra) prima del 20 settembre, corrispondendo la quota di 10 scellini. Ogni membro ha diritto ad iscrivere la moglie od una figlia, con il versamento supplettivo di 5 scellini.

La spesa complessiva è preventivata in 10-12 sterline.

Due giorni dopo la chiusura di questo convegno, verrà inaugurata l'assemblea annua della Società Tedesca per la lotta contro il Reumatismo; la riunione avrà luogo ad Essen e nelle città viciniori. Possono parteciparvi liberamente i membri dell'Associazione; gli altri medici devono farne domanda, controfirmata da due membri dell'Associazione, e corrispondere una quota di 20 scellini.

Associazione internazionale di pediatria preventiva.

È stata creata per iniziativa di Lereboullet (Francia), Valagussa (Italia), Parsons (Inghilterra), Schlossmann (Germania), Hamburger (Austria) e Scheltma (Olanda). Terrà la sua assemblea costituente il 7 e l'8 settembre all'Aja. L'ordine del giorno reca due temi in discussione: « La mortalità neonatale, sue cause e mezzi per prevenirla »

(Lacomme, Lereboullet, Schlossmann); « La trasmissione della scarlattina da parte dei malati cosidetti guariti » (von Groër, Lichtenstein). Il comitato organizzatore provvisorio è presieduto dal prof. G. Scheltema. Per informazioni rivolgersi al segretario, dott. R. P. van de Kasteele, van Dorpstraat 20, Scheveningue, Olanda.

14° Congresso italiano di pediatria.

Il Consiglio Direttivo della Società Italiana di Pediatria ha indetto il prossimo Congresso Nazionale in Firenze, dal 23 al 26 settembre. Saranno svolte le seguenti relazioni generali: « La pleurite purulenta nell'infanzia » (C. Cocchi, A. Laurinsich, I. Nasso, E. Castronuovo); « Le sindromi encefalitiche nell'infanzia » (M. Bergamini, G. De Toni, G. Taccone); « Direttive dietetiche nelle collettività infantili » (P. Brusa, A. Luccà, G. Macciotta). Saranno pure accettate e svolte delle comunicazioni, i cui argomenti devono riguardare i temi delle relazioni generali.

Sono iscritti di diritto al Congresso i soci della Società Italiana di Pediatria, i quali siano in regola col versamento delle quote sociali. Vengono iscritti anche i non soci, i quali versino all'atto dell'iscrizione la quota stabilita di L. 80. Tutti gli iscritti hanno il diritto di accompagnare al Congresso persone di loro famiglia, dandone avviso entro l'agosto e versando la quota di L. 25 a persona. Sono previste riduzioni ferroviarie.

Quanto riguarda le relazioni e le comunicazioni va indirizzato al vice-presidente della Società prof. G. B. Allaria, R. Clinica Pediatrica Universitaria, Corso Bramante 29, Torino. La quota d'iscrizione per i non soci deve essere inviata al tesoriere della Commissione ordinatrice, prof. Guido Guidi, R. Spedale degli Innocenti, Piazza SS. Annunziata, Firenze. Per le iscrizioni e per ogni altra evenienza rivolgersi al segretario della Commissione ordinatrice, prof. Bruno Trambusti, R. Clinica Pediatrica Universitaria, Ospedale Anna Meyer, via Mannelli 115, Firenze (123).

4° Congresso sud-americano di dermosifilografia.

Era annunziato per il mese di agosto ad Asunción, ma si prevede che verrà differito, poichè difficilmente le relazioni giungeranno in tempo. Idiomi ammessi sono lo spagnolo e il portoghese. Tra i temi in discussione sono: dermatosi d'origine anafilattica, linfogranulomatosi inguinale e granuloma venereo, legislazione sociale antivenerea, ecc. Il comitato organizzatore è presieduto dal dott. Victor Idoyaga.

99° Congresso dell'Associazione Medica Britannica.

Come abbiamo annunziato, si è tenuto a Eastbourne dal 21 al 24 luglio.

L'Associazione è presieduta dal dott. W. H. Smith, del Canadà; ma il congresso è stato presieduto dal dott. W. G. Willoughby.

Sono stati trattati molti temi d'attualità, come: « Problemi di sanità pubblica sollevati dalla navigazione aerea »; « Recenti progressi nei metodi diagnostici delle affezioni renali »; « Le anemie secondarie e il loro trattamento »; « Trattamento delle setticemie », ecc.

I lavori sono stati intramezzati da partite di golf, ricevimenti, una festa da ballo, ecc.

Riunione medica franco-belga.

Accogliendo i voti espressi dalle associazioni mediche franco-belghe dei medici di frontiera, l'Istituto eliomarino di Ostenda organizzò, il 5 luglio, una riunione che ottenne il più vivo successo. Oltre cento medici delle regioni di frontiera risposero all'appello dei Comitati.

La mattinata venne consacrata al programma scientifico, riservato allo studio delle anemie; i dottori Tixier, Borremans e Lambin trattarono l'argomento nei riguardi del lattante, del fanciullo e dell'adulto.

Poi gl'intervenuti si adunarono ad un banchetto e celebrarono, in vari discorsi, l'amicizia franco-belga.

Scuola Superiore di Malariologia.

Come già annunziammo nel precedente numero, il 15 luglio u. s. si è iniziato al Policlinico Umberto I di Roma (IX Padiglione) il corso della Sezione Medica, al quale risultano inscritti circa 50 allievi, fra italiani e stranieri.

Il corso risulta di lezioni teoriche e di esercitazioni pratiche. Il prof. Sanarelli ha tenuto interessanti lezioni di geografia e di epidemiologia della malaria. Il prof. Ferrata ha richiamato, con le sue lezioni di ematologia, oltre agli allievi, una grande quantità di medici e di studiosi. Altre conferenze saranno tenute dai proff. Marchiafava, Dionisi, Bonanni, Nazari, G. Alessandrini, Missiroli, Eredia, Ilvento, Carano, Bargellini, La Face, Raffaele, Pancini, Mariotti Bianchi, Sella, Brunelli, Ottolenghi, Rossi, De Sanctis, Lutrario, Diez, Filippini, Gosio, Jandolo ed altri.

La clinica della malaria sarà trattata dal direttore della Scuola, prof. Giuseppe Bastianelli.

La nuova sede della Scuola risponde a tutti i bisogni di un insegnamento dimostrativo.

Corso complementare di perfezionamento.

Un corso sulle malattie del cuore e dei vasi è organizzato nell'Ospedale Broussais di Parigi, sotto la direzione del dott. C. Laubry, dal 5 al 17 ottobre. Tassa d'iscrizione 150 franchi.

Rivolgersi a: Dr. Matton, Hôpital Broussais, Service du Dr. Laubry, rue Didot 96, Paris (XIVe).

La nuova clinica pediatrica di Torino.

È stata ufficialmente inaugurata con l'intervento dell'Arcivescovo di Torino, della Principessa di Piemonte, del Prefetto, del Podestà e di altre autorità e personalità spiccate.

Alla erezione del nuovo Istituto hanno concorso, con circa due milioni di lire, il Comune di Torino, la Cassa di Risparmio, l'Opera Pia di San Paolo e il sig. Werner Abegg, il quale ha elargito 400.000 lire.

Dopo i discorsi d'uso, il direttore, prof. Allaria, ha esposto il funzionamento della Clinica, che infine venne visitata dai convenuti.

Istituto pediatrico di Cincinnati.

Il 20 maggio venne inaugurato, a Cincinnati, un grandioso Istituto annesso alla Clinica pediatrica universitaria, dovuto a una donazione di circa 60 milioni di lire it., fatta dal sig. W. Cooper Proctor. L'edifizio è costato 15 milioni di lire it.; la somma restante assicurerà il funzionamento.

L'Istituto ha scopi prevalentemente scientifici. È diretto dal direttore della Clinica, prof. A. Graeme Mitchell. Il personale è in gran parte comune alle due istituzioni. Alla cerimonia inaugurale tenne un discorso il pediatra dell'Università di Birmingham (Inghilterra), prof. L. G. Parsons, espressamente invitato.

Gli ospedali negli Stati Uniti.

Durante il 1930 funzionarono, negli Stati Uniti, 6719 ospedali riconosciuti, che dettero 278.634.430 giornate di cura, ossia 13.364.840 più che nel 1929, con una media giornaliera di 763.282 ricoverati, ossia 36.616 più che nel 1929. Il numero dei letti è aumentato da 907.133 a 955.869, senza contare le culle e i letti delle maternità, che da 47.939 sono passati a 49.584.

Degli ospedali, 288 appartengono al Governo federale e 581 ai singoli Stati, con una capacità di 63.581 di 405.309 letti rispettivamente.

Nei possedimenti coloniali degli Stati Uniti (Panama, Filippine, Alaska, isole Virginie, Guiane, ecc.) si contano altri 186 ospedali con 16.916 letti.

Dei 142.500 medici esercenti negli Stati Uniti, 98.491, ossia i due terzi, hanno qualche rapporto con gli ospedali.

(Dal « Journal A. M. A. »).

Ospedale volante.

È entrato in servizio, negli Stati Uniti, il più grande e più rapido « ospedale volante »: si tratta di un aeroplano-ospedale attrezzato per 3 letti, con motori da 525 cavalli capaci di sviluppare una velocità di 200 Km. l'ora; oltre al pilota ed ai malati, può trasportare un chirurgo e un assistente; la dotazione permette di trattare i casi d'urgenza.

Ha preso parte alle recenti esercitazioni aeree, aggregato a un gruppo di 670 aeroplani.

Casa del latte a Foggia.

Con l'intervento del Prefetto e di altre autorità, si è inaugurato a Foggia uno stabilimento del cav. Fausto Fiorilli, che ha stipulato una convenzione con l'Amministrazione podestarile per il trattamento igienico del latte.

Donazioni e lasciti.

È morto a Catania il nobile Pasquale Gravina, il quale ha lasciato tutto il suo patrimonio, valutato circa 20 milioni di lire, alla Croce Rossa Italiana.

* * *

La signora Giulia Balzaretti ha versato all'Ospedale Maggiore di Milano la somma di L. 25.000, in omaggio alla memoria del figlio dott. Vittorio Mariani nel primo anniversario della morte.

* * *

Il Rettorato Provinciale di Milano, su proposta del presidente avv. Fabbri, ha deliberato di stanziare L. 50.000 per istituire, nel Preventorio Provinciale di Cannobio, un letto di patrocinio da intitolarsi al Duca d'Aosta, a favore di figli gracili di combattenti della Provincia.

I premi ai Consorzi benemeriti della campagna antitubercolare.

Nella sede della Federazione nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi, si è svolta la premiazione dei presidenti dei Consorzi provinciali che più si sono distinti nella prima campagna antitubercolare, testè chiusasi.

Il Capo del Governo, che ha posto la lotta contro la tubercolosi tra i principali obiettivi del Regime, ha voluto presenziare la cerimonia e consegnare personalmente le medaglie d'oro assegnate ai più meritevoli tra coloro che hanno cooperato con la Federazione, in questa grande battaglia.

Egli era accompagnato dagli on. Arpinati, Paolucci, Morelli, dai proff. Ilvento e Bocchetti. Venne ricevuto da numerose autorità.

Tenne un discorso l'on. Paolucci, cui rispose il Capo del Governo, che espresse il suo compiacimento per i risultati raggiunti.

Cinquantennio della Croce Rossa Americana.

Venne celebrato, in tutti gli Stati Uniti, il 21 maggio. Ad un banchetto tenutosi a Washington, capitale politica, parteciparono il presidente della Repubblica Hoover ed i rappresentanti di 24 Stati.

Venne emesso uno speciale francobollo (da 2 centesimi di dollaro).

I primi risultati dell'inchiesta sul B. C. G.

In nome della Commissione d'inchiesta nominata dall'Accademia Medica di Parigi, il prof. Lesné ha deposto un primo rapporto, da cui risulta che non si hanno esempi dimostrativi di virulentazione del B. C. G., il quale è di regola ben tollerato dai bambini e solo in rari casi dà incidenti transitori e senza gravità, tra cui il più comune è una poliadenite.

La Commissione ricorda che i bambini vaccinati devono essere sottratti per almeno sei mesi a ogni causa di contagio.

Una nota del dott. Kern dimostra i risultati molto favorevoli, riguardo alla mortalità infantile, ottenuti nel dipartimento di Thaun, in seguito alla pratica della vaccinazione con B. C. G.

Nella stampa sanitaria.

La « Gazzetta Medica Lombarda », decana della stampa medica italiana — essendo stata fondata da Bertani e Panizza nel 1842 — riprenderà regolarmente, con un valoroso Comitato redazionale, le sue pubblicazioni. Essa uscirà in densi fascicoli mensili, a cominciare dal settembre prossimo. La direzione resta in Corso Buenos Ayres n. 76, Milano; gli uffici di segreteria sono in Corso Venezia n. 75, Milano.

In virtù della legge 9 dicembre 1928 (VI) n. 2945, l'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale è passato alle dipendenze dirette della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali, che ne ha assunto la direzione e la gestione completa in tutte le sue manifestazioni, compresa l'edizione della rivista « Difesa Sociale ». Quanto concerne questo periodico va indirizzato alla Direzione dell'Istituto presso la Cassa Nazionale, via Marco Minghetti 17, Roma.

Il Dipartimento di Sanità navale della Repubblica del Cile ha iniziato una « Revista de Sanidad Naval »; è diretta dal dott. Santiago Medel R.; segretario di redazione ne è il dott. Juan Marín R. Il primo fascicolo reca otto lavori originali, una sezione bibliografica e la cronaca.

In onore del prof. Busi.

Ricorre quest'anno il 25° anniversario dell'inizio della pratica radiologica del prof. Aristide Busi. In tale occasione saranno tributate delle onoranze al prof. Busi per iniziativa del Gruppo

dei Radiologi Emiliani. Inoltre la « Rivista di Radiologia e Fisica Medica » pubblicherà un volume speciale, contenente scritti scientifici in suo onore. A tale scopo viene costituito un Comitato di aderenti e collaboratori, includendo fra i primi coloro che intendono compiere atto d'omaggio all'insigne radiologo; fra gli altri coloro che collaboreranno all'edizione, pubblicando nel detto volume una o più memorie scientifiche. La quota d'iscrizione è fissata in L. 100 per gli aderenti ed in L. 150 per i collaboratori. Questi ultimi avranno diritto ad otto pagine gratuite di stampa nel volume e a 25 estratti, pure gratuiti, del loro lavoro; le pagine in più saranno conteggiate, e così pure le illustrazioni.

Rivolgersi alla redazione della rivista, Policlinico S. Orsola, Bologna.

Sciagure di sanitari.

Il dott. Rodolfo Meoli, medico condotto a Cicagna, mentre si recava in motocicletta a visitare un cliente, è caduto, forse perchè colpito da insolazione, riportando la frattura della base del cranio.

Per un incidente d'automobile sono morti il dott. Joseph A. Stucky di Lexington (Kentuky) e il dott. Robert C. Lynch di New Orleans. Il Lynch era andato a trovare l'amico: insieme erano reduci da una gita.

Il dott. Stucky godeva di larga fama in tutto il Kentuky quale oftalmologo e oto-rino-laringologo; era circondato da profondo affetto. Aveva condotto una campagna molto attiva contro il tracoma. Era un apostolo della propaganda igienica.

Vittima del dovere.

Con dolorosa indignazione apprendiamo l'assassinio del dott. Duhamel, d'Agen (Francia); esso è stato perpetrato da un individuo scontento per non avere ottenuto l'indennizzo che reclamava. Il dott. Duhamel era una delle personalità mediche più apprezzate del dipartimento di Lot-et-Garenne.

Esercizio abusivo.

È stato arrestato a Lentini (Catania), e condannato da quella Pretura, padre Giuseppe da Militello, che esercitava delle cure e forniva delle erbe medicamentose.

È stato arrestato a Roma il sacerdote Antonio Filippazzi da Assisi, per esercizio abusivo dell'arte sanitaria e per corruzione di minorenni.

Incendio di un ospedale per tubercolotici.

Un incendio sviluppatosi di notte ha gravemente danneggiato il nuovo ospedale per tubercolotici di Derfo (Brescia). Il fuoco potè essere domato dopo alcune ore. Fortunatamente non si hanno a deplorare vittime, ma solo qualche ferito leggero e qualche ustionato.

Radiostazione punita.

La stazione radio-emittente KTNT di Muscatine (Iowa, Stati Uniti), diretta da N. Baker, è stata sospesa dalla « Federal Radio Commission », con ordinanza del 5 giugno, perchè svolgeva un'attività illecita; tra l'altro, denigrava la classe medica.

Viaggio di studi.

Una crociera classica è organizzata in Grecia dal 22 agosto all'11 settembre; sarà accompagnata dal prof. G. Glotz, della Sorbona. Chi può avervi interesse è pregato d'indirizzarsi alla Association Guillaume Budé », boulevard Raspail 95, Paris (VIe).

Il prof. OSKAR MINKOWSKI è morto il 16 giugno, in età di 73 anni, a Wiesbaden, ove si era ritirato nel 1926.

Ha legato il nome alle più importanti scoperte sul diabete.

La prima concezione della genesi pancreatica di questa malattia si deve a Bouchardat; ma parve una stravaganza. Poi venne l'esperienza fondamentale dei cani spancreatizzati, eseguita a Napoli dal De Dominicis; ma questo A. non ne comprese l'importanza. Subito dopo ebbero luogo le ricerche di von Mering e Minkowski, eseguite a Strasburgo. Minkowski ne dedusse, per primo, che il pancreas deve elaborare una secrezione interna. Fu quello il punto di partenza di ricerche le quali hanno condotto, da ultimo, all'insulina, grazie alla quale oggi nei paesi civili non si muore più di diabete: questa malattia è cancellata dalle statistiche sulle cause di morte!

Si deve al Minkowski anche la scoperta dell'acido ossibutirrico nell'urina dei diabetici e il riconoscimento che il coma diabetico è prodotto da acidemia.

È anche noto il « numero di Minkowski » (il glucosio può derivare dalle proteine, per es. nei casi gravi di diabete, a dieta rigorosa, e allora il rapporto tra glucosio e azoto nell'urina è di 2.8:1).

Il Minkowski abbandonò la medicina sperimentale per darsi alla clinica, che ha insegnato a lungo nell'Università di Breslavia, ove successe a Strumpell, rivelandosi uno dei più esperti diagnosti e terapeuti della Germania. Non trascurò gli studi scientifici: vanno segnalati quelli relativi alla patologia della gotta, del fegato, delle vie respiratorie.

Era nato a Kowno (Lituania).

Si è spento a 68 anni il prof. JAMES LORRAIN-SMITH, il quale ha insegnato patologia medica successivamente a Belfast, Manchester e Edimburgo. Vanno ricordati i suoi studi sull'avvelenamento da ossido di carbonio, sulla determinazione del volume del sangue, sulla clorosi (egli riconobbe che v'è aumento del plasma), ecc. Quale decano della Facoltà medica di Edimburgo, si è sforzato di coordinare i vari insegnamenti medici: clinica, fisiopatologia, anatomopatologia, batteriologia, generalmente troppo slegati.

Il 19 luglio decedette il comm. prof. CAMILLO ROTA, dottore in legge, dottore in medicina e chirurgia, libero docente di medicina legale alla R. Università di Genova. Di antica famiglia lombarda, era fratello del sen. Rota, deceduto da un mese. Il prof. Rota, mente aperta di uomo libero e coscienzioso, era a Genova un efficace collaboratore del prof. G. G. Perrando nell'insegnamento della medicina legale specialmente alla studentesca della Facoltà giuridica. L. C. M.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Soc. d. Chirurgicus de Paris, 6 feb. — VIGNAL. Diatermia nelle flebiti. — HAUTEFORT. Trattam. delle varici per mezzo dell'etere. — J. LANDS. Resezioni del n. presacrale. — R. BONNEAU. Peristaltismo immediato provocato da siero ipertonico endovenoso.

Bull. Méd., 28 feb. — Numero di cardiologia.

Arch. Méd. Belges, feb. — GUINCY. I sintomi minimi di appendicite indicanti l'intervento.

Presse Méd., 4 mar. — P. OURY e P. GODART. Aspetti e trattamento dell'amebiasi cron.

Riforma Med., 23 feb. — P. JEOLOWSKI. Geno-cuti-reazione.

Journ. A. M. A., 21 feb. — B. RATNER. Il bambino allergico. — C. F. EIKENBARY e J. F. LE COCQ. Osteomyelitis variolosa.

Brit. Med. Journ., 7 mar. — N. MUTCH. Trattam. medico dell'artrite cron.

Deut. Med. Woch., 6 mar. — ZIELER. Fegato e cure antiluetiche. — KESSER. La tossicità dell'alcool metilico.

Mediz. Welt, 7 mar. — KRAUS. L'uomo cinquantenne. — ROSIN. L'esame funzionale dell'apparato circolat. pel pratico.

Münch. Med. Woch., 6 mar. — BOSHAMER. Profilassi della trombosi.

Min. Med., 3 mar. — S. ROMANO. Diabete renale.

Presse Méd., 4 mar. — G. DELATER e R. HUGEL. Insufficienza venosa parossistica mortale.

Arch. Mal. App. Dig. ecc., gen. — M. CHIRAY e al. Batteriologia delle colecistiti croniche.

Scalpel, 7 mar. — M. HERMAN. La nebbia mortale.

Mediz. Klinik, 6 mar. — L. NÜRNBERGER. Diagnosi della mola idatigena.

Nutrition, 1. — M. LABBÉ. Frontiere del diabete. — AUBERTIN. Compito del fegato nella patogenesi del diabete. — RATTERY. Compito dei reni negli stati iperglicemici.

Cl. Med. Ital., feb. — L. VERNETTI BLINA. Cancrocirrosi. — A. FIESCHI. Grave alterazione della crescenza.

Paris Méd., 7 mar, — Numero di venereologia.

Journ. de Méd. de Lyon, 5 mar. — L. LANGERON. Colesteatoma del cervello.

Riv. It. di Ginec., mar. — E. PESTALOZZA. Fibromi in gravidanza. — M. TRETTENERO. Reazioni sierologiche materno-fetali.

Arch. It. di Anat. e Ist. Pat., gen.-feb. — F. GUCCIONE. Asfalto di petrolio e cirrosi del fegato. — G. PACETTO. Genesi dell'ulcera gastr. — S. MARRAS. La milza nel morbo di Werlhof.

Indice alfabetico per materie.

V. ASCOLI †, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII — Roma, 10 Agosto 1931 - IX — Num. 32

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

SANATORIO DI SANSEPOLCRO.

Sindrome pseudo-tubercolare da tumore del polmone.

Dott. GIULIO BONANNI, capo reparto.

Sebbene non capiti troppo frequentemente ormai è più che noto che qualche caso in cui la sindrome clinica s'inquadra tutta nella tubercolosi polmonare, riveli poi nel successivo decorso che trattasi di un tumore maligno del polmone. Tale errore si commette facilmente e forse sarebbe evitato se non venisse mai meno un'assidua osservazione del paziente e se in tutti i casi in cui sorga il dubbio della tubercolosi si praticasse un accurato esame radioscopico e radiografico. La sifilide, le micosi, la bronchiettasia, l'echinococco e il neoplasma sono tutte malattie strettamente polmonari oltre la tubercolosi che bisogna volta per volta prendere nella debita considerazione e sottoporre al vaglio della critica diagnostica e delle necessarie ricerche cliniche. Oggi l'esame radiologico e la ricerca delle reazioni biologiche hanno fatto molto progredire la diagnostica differenziale delle malattie polmonari e se è vero che la confusione fra le suddette malattie, prodotta dalla uniformità dei sintomi e da fortuita coincidenza di dati anamnestici, si vada ora facendo più rara, pur tuttavia si cade ogni tanto nell'errore anche da medici competenti. Con l'esame radiologico e l'indagine delle reazioni biologiche generalmente riusciamo a diagnosticare un echinococco polmonare; per mezzo dell'iniezione di sostanze radiopache nell'albero bronchiale riusciamo a mettere in evidenza una dilatazione bronchiale; la diagnosi di tumore del polmone invece è rimasta ognora difficile anche con l'uso dello pneumotorace e la radiografia fatta precocemente. « Ci sfugge, scrive il Masci, ogni ragguaglio rispetto alla consistenza alla superficie, alla spostabilità, ai rapporti più intimi con le formazioni vicine a causa dell'inaccessibilità della sede, non abbiamo prove biologiche sicure che ci dimostrino la sua presenza nell'organismo; soltanto la radiografia dà un'ombra che nasconde però numerose insidie ».

Secondo il nostro modesto parere, poichè non possiamo con sicurezza affidarci alle varie reazioni proposte (reaz. di Davis, di Botelho) ed altri mezzi adoperati come la velocità di sedimentazione degli eritrociti ecc., la diagnosi dei tumori maligni del polmone rimane oggi, quando la radiografia non soccorre, una diagnosi per lo più di esclusione.

La perfetta sovrapposizione dei sintomi del tumore del polmone e della tubercolosi polmonare ci hanno indotto a pubblicare il seguente caso che è meritevole di menzione per la rarità sua, quanto per le dificoltà della diagnosi e le complicanze cui dette luogo, senza che il paziente avesse a presentare fino agli ultimi giorni disturbi clinici notevoli.

M. Paolo, a. 38, operaio, di Sansepolcro; entra nel Sanatorio con diagnosi di pleurite specifica

Nella storia personale esiste una epididimite tubercolare per la quale gli fu asportato il testicolo. Nulla nella anamnesi di famiglia.

Il p. ammalò diversi giorni fa con un po' di tosse con scarso escreato, febbre la sera, lieve dispnea; il curante conoscendo i suoi precedenti e giudicando il caso non lieve lo consigliò di farsi ricoverare.

All'esame obbiettivo notasi: stato di nutrizione discreto, pelle e mucose visibili pallide, pannicolo adiposo e sistema muscolare scarsamente sviluppato; stazioni ghiandolari normali tranne le regioni ascellari ove notansi microglandole scarse.

L'esame del torace dà: riduzione di suono sull'ambito di sinistra dall'angolo della scapola in giù, qualche sibilo all'ascoltazione nella regione sottoclavicolare sin.; apparato cardiovascolare nulla: nulla all'addome. Temp. 37°,5; polso 80.

Esame delle urine: alb. assente, zucch. assente.

Esame dell'escreato: negativo.

Il giorno seguente pratico una puntura esplorativa pleurica ed estraggo 10 cc. di liquido emorragico. L'esame citologico dà: emazie abbondanti, alcuni linfociti, e cellule bianche polinucleate. Poichè il versamento tendeva ad aumentare causando una leggera dispnea al p. feci una prima toracentesi estraendo 700 cc. di liquido di colore emorragico.

Si pone la diagnosi di pleurite emorragica di natura probabilmente specifica.

L'esame radioscopico del torace dà una tenue opacità diffusa a sinistra nei 2/3 inferiori. Dopo la piccola operazione il p. sembrava star meglio ma non trascorrevano molti giorni che il liquido si riformava, si acecntuavano i disturbi del respiro e procedevo ad una seconda toracentesi estraendo un liquido che aveva le medesime qualità del primo. Non passarono molti giorni che fui costretto eseguire una terza toracentesi; il liquido aveva sempre le stesse qualità citologiche; lo spazio pleurico tornò ancora a riempirsi e il p. reclamava l'estrazione onde poter meglio respirare. Praticai in tutto sette toracentesi.

Le condizioni generali del soggetto non erano molto scadute, era però aumentata la tosse che aveva il carattere speciale di essere tormentosa e convulsiva, lo sputo cominciava a presentarsi macchiato di sangue sebbene scarso; l'esame di esso nuovamente praticato dette risultato negativo per il bacillo di Koch. L'esame obbiettivo del torace dava: smorzamento di suono in tutto l'emitorace sin. dalla spina della scapola in giù, ivi il fremito v. non diminuito e il murmure vescicolare scomparso; nella regione sottoclavicolare sinistra si ascoltavano numerosi rantoli sottocrepitanti; malgrado l'estrazione del liquido persisteva la dispnea in modico grado e la riduzione di suono al torace; l'esame della regione cardiaca dava l'ictus della punta notevolmente spostato a destra di circa 2 cm. La febbre continuava a presentarsi la sera con poche linee, 37°,3-37°,4, talora scompariva per due o tre giorni e poi ritornava. Il malato non aveva completamente perduto il suo appetito e si nutriva in parte.

Intanto il decorso della malattia cominciava a far dubitare della vera natura di essa e molti segni contrastavano con l'ipotesi dapprima ammessa di una tubercolosi pleuro-polmonare. D'altra parte mancavano pure elementi sicuri per ammettere con certezza una malattia diversa e il dubbio angustiava la mia mente. Un nuovo esame dello sputo fu negativo. Questo risultato con alcuni aspetti clinici soprattutto della malattia, di cui parlerò, mi fecero piuttosto propendere per una forma carcinomatosa dell'apparecchio polmonare. In seguito il malato presentò una monoplegia dell'arto sup. corrispondente al lato affetto, ed i segni di un'alterazione generale dell'economia: dimagrimento, disordini digestivi, edemi alle estremità, segni di insufficienza cardiaca, morte.

Autopsia: Aperto il torace si nota che il lobo superiore del polmone di sinistra è trasformato in un enorme tumore della grandezza quasi di una testa di feto che occupa quasi tutto l'emitorace sin. e si protende verso destra avendo respinto il cuore che si trova completamente a destra e spostato il mediastino.

Coperto di pleura viscerale ispessita e intimamente aderente ha consistenza dura; la superficie pleurica, messa in luce dopo aver distaccato il polmone dalla parete a cui era legato da tenaci aderenze, appare di aspetto lardaceo cosparsa da numerose piccole granulazioni e qua e là da concrezioni membraniformi; nel cavo trovasi una certa quantità di liquido emorragico. Il polmone al taglio è duro man.mano che si penetra dall'esterno verso l'interno e dall'apice alla base; il suo aspetto nelle parti periferiche e superiori è quello del polmone congestionato mentre nelle zone ove la consistenza è più dura appare di color grigio tigrato; alla pressione dà un liquido lattiginoso.

L'esame istologico eseguito su diversi pezzi tolti dalla massa del tumore dimostra: nella zona polmonare periferica segni di edema e di infiltrazione blastomatosa; nelle altre parti la struttura del polmone è scomparsa, le cavità alveolari sono occupate da masse epiteliali costituite da cellule cilindriche che formano ammassi limitati da briglie connettivali scarse; notasi che l'infiltrazione del tessuto blastomatoso ha in parte invaso pure i bronchi. Dopo un tale reperto la diagnosi di túmore maligno si presentava senza alcun dubbio.

Il tumore che aveva avuto origine polmonare certamente nella parte bassa del lobo superiore aveva facilmente affiorato alla superficie del polmone e la pleura sensibilissima

aveva subito reagito con una precoce pleurite emorragica che mascherò per quasi tutto il suo decorso l'analisi obiettiva della malattia fondamentale. Inoltre la storia pregressa del nostro paziente, l'inizio della malattia, l'aspetto del malato avevano fatto porre la diagnosi di turbercolosi pleurica anche perchè l'esame citologico del liquido estratto non dette un risultato che la facesse escludere. La sopravvenuta tosse successivamente con espettorato talora macchiato di sangue senza aspetti speciali, il reperto obiettivo di numerosi fenomeni umidi nella fossa sottoclavicolare di sinistra, la febbretta la sera quasi costante, lo stato generale del soggetto facevano pensare ad una malattia tubercolare in atto. L'esame radiologico in conseguenza della precoce compartecipazione della pleura non aveva detto nulla di preciso; esclusa questa che è la migliore, fondamentale ricerca che possediamo per la diagnosi dei tumori polmonari, non potevamo affidarci alle varie prove biologiche che i risultati tutt'altro che certi le hanno fatte escludere dai metodi abituali di laboratorio (prova di deviazione del complemento, di precipitazione, del potere antitriptico, del potere citolitico, di enzimoreazione, d'intorbidamento all'oleato sodico, di labilità colloidale, meiostagminica). Non ci rimaneva quindi che affidarci alla clinica e studiare attentamente l'evolversi della malattia. Infatti il primo dubbio in noi sorse quando notammo la rapida riproduzione del liquido per cui dovemmo sottoporre il malato a varie toracentesi.

È noto che quando si tratta di tumori maligni il liquido estratto si riproduce rapidamente e siamo costretti ripetere la puntura a brevi intervalli.

Dieulafoy ad un malato praticò sette toracentesi nello spazio di due mesi, poi 25 in due mesi e mezzo, poi il liquido rimase stazionario e non si praticarono più punture fino alla morte. In un caso di Desnos furono fatte 30 punture in sei mesi estraendo in tutto 40 litri di liquido. Avevamo inoltre potuto notare dopo la estrazione del liquido la persistenza dei segni fisici dati evidentemente da produzioni neoplastiche mascherate fino allora dal versamento. Altro criterio clinico di cui molto ci giovammo nel prosieguo della malattia fu la qualità del versamento che nelle toracentesi successive si presentava via via più emorragico, più colorato; lasciato a riposo si divideva in due strati: uno inferiore rosso-scuro in prevalenza corpuscolare; l'altro superiore più chiaro. È questo, ha detto Cardarelli, un carattere proprio dei versamenti neoplastici che li differenzia dai versamenti tubercolari dove il liquido è meno ematico. L'infezione cancerosa della pleura avviene per lo più per via linfatica; nel caso nostro è più facile pensare ad una metastasi superficiale polmonare propagata alla pleura.

Questi tumori che per la loro sede sogliono chiamarsi tumori pleuro-polmonari aprono la scena con sintomi pleurici, dolore puntorio con irradiazione al collo, alla spalla e segni di versamento. È per questi segni iniziali che ne diviene ardua e difficile la interpretazione diagnostica attribuendosi questi ad altre affezioni.

Grande importanza hanno le manifestazioni di certe complicazioni prodotte dalla neoformazione o dalle glandole linfatiche tumefatte; la compressione sulla vena cava sup. dà edema della faccia e del collo, della parete del torace e del braccio; la compressione sul plesso brachiale dà dolori e paresi del braccio. Nel nostro caso avevamo constatato la monoplegia dell'arto superiore sin. evidente segno di localizzazione secondaria e compressione nervosa.

La diagnosi differenziale fra tumore del polmone e tubercolosi, come si vede, è ardua; gli aspetti clinici del tumore sono molto variabili. Secondo molti autori è ovvio che in primo tempo si pensi alla tubercolosi data la rassomiglianza clinica tra le due affezioni. Loeper e Garcin in un caso di pachipleurite emorragica pensarono ad una tubercolosi pleuro-polmonare e all'autopsia trovarono un cancro del polmone. Altre volte vien fatto di pensare ad una cardiopatia a causa del versamento pleurico. A. J. Scott Pinchin tutti i casi di tumore del polmone che ha avuto occasione di osservare li ha riscontrati nei reparti dei malati di petto in cui i malati venivano inviati con una diagnosi errata. Cottin, Cramer, Saloz su 29 casi osservati nell'ospedale di Ginevra solamente 6 furono riconosciuti in vita.

Per il tumore come per la tubercolosi noi abbiamo bisogno di una diagnosi precoce per potere intervenire precocemente. Non dimenticheremo mai di far subito l'esame radioscopico e radiografico che forse è il solo che oggi può darci la chiave della diagnosi. Nel periodo preradiologico la pubblicazione di un caso di neoplasia toracica era una rarità ed il clinico medico non teneva alcun conto di questa malattia per l'inutilità dell'intervento. Ora le cose sono un po' cambiate. Oggi s'impone

la diagnosi perchè anche i tumori maligni o benigni si possono asportare con l'operazione oppure curare con la Röntgenterapia.

Sansepolcro, 5 maggio 1931-IX.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce un caso nel quale la sintomatologia e la storia del malato conducevano alla diagnosi di tubercolosi pleurica. L'autopsia dimostrò la presenza di un tumore epiteliale del polmone con diffusione pleurica come già l'A. aveva sospettato da alcuni segni clinici durante il 2° periodo della malattia.

Endotelioma primitivo indiagnosticato della pleura.

Dott. ERMINIO CRESPOLANI.

Un recente accuratissimo lavoro « Tumores primitivos de la pleura per el doctor Iosè W. Tobias » della Clinica medica di Buenos Aires diretta dal prof. Pedro Escudero (edito dalla libreria « El Ateneo », Buenos Aires, 1928) sviscera la complicatissima sintomatologia dei tumori della pleura, e illumina la diagnosi differenziale ritenuta di difficoltà insormontabile, specie quando manca l'essudato, « que accompana con frequencia a los endoteliomas ». Questi si originano per ordine decrescente sulla sierosa diaframmatica, costale, mediastinica, e si propaga rapidamente alla sierosa pleurica. Blok e Collet affermano che non esiste sintomo caratteristico per la diagnosi sicura. Gli italiani Cardarelli e Calabrese (*Lezioni di clinica medica*, Napoli, 1924, citate da Iosè W. Tobias) credettero a una maggiore possibilità di diagnosi, ma essi presero di mira in modo speciale il carcinoma pleuro-polmonare col sussidio della biopsia da puntura pleurica. La ectasia del torace affetto, dovuta alle cause più svariate, non offre certo un segno patognomonico per la diagnosi, mentre si presta assai più in suo favore la *retrazione*, e Fraenkel (*Ueber primären endothelkvebs der pleura*, 21, 1892), citato sempre dal clinico di Buenos Aires, la afferma quasi sicura manifestazione dell'epitelioma pleuro-polmonare; segno chiamato dagli italiani (Queirolo) di Walshe. Quando esiste del liquido, poco si può rilevare dalla biopsia, se essa non contiene cellule atipiche, polinucleate, col nucleo in scissione micotica, che sono allora decisive, gli altri caratteri del liquido essendo comuni ad altre flogosi (tubercolare e purulenta) e non abbiano il bacillo di Koch e la Wassermann sia negativa.

Alla retrazione toracica precoce dolorosa e progressiva della gabbia il francese Alemann attribuisce un valore decisivo per la diagnosi (Congresso medico Internaz., Roma, 1904) e Fraenkel aggiunge che la retrazione arriva perfino alla scoliosi vertebrale e all'embricatura delle costole. Il dolore è dato da una perineurite neoplastica degli intercostali, non comune ai processi infiammatori semplici.

Dal Iosè questa retrazione è chiamata di Fraenkel, giacchè studiata da questo autore, e constatata da lui assai più spiccata che nella tubercolosi fibrosa e nella sifilide pleurica, nelle quali poi il *sintoma dolore* fa sempre *difetto*.

Storia clinica: A. S. C., di Vignola (Modena), di anni 46, coniugata senza figli, non ha sofferto aborti. Un fratello le è morto nella grande guerra, un altro vivente e sano. Il babbo morto per carcinoma dell'esofago, e la madre settantenne, vegeta e svelta. Nell'infanzia soffrì il morbillo, e poi gastricismo con fenomeni tossici delle meningi. A 24 anni si coniugò; a 40 ebbe un antrace alla coscia destra. A 41 una poliartrite assai grave, che, mal cedendo alla cura salicilica, fu interpretata di etiologia streptococcica (aveva da poco superato l'antrace) e se ne orientò la cura in quel senso. Dopo un ondeggiamento protratto di migliorie e recrudescenze, guarì, seguendo poi per un triennio la cura termale di Abano.

Malattia ultima e causa di morte. — Gennaio 1928: Signora di costituzione organica robustissima, mestruò a 15 anni continuando con regolarità. Mucose visibili ben sanguificate. Ha il *cuore* nei limiti fisiologici (radiografia) benchè una lievissima stenosi mitralica resti postuma all'infezione poliarticolare.

Tubo digerente e ghiandole inerenti (pancreas, reni, fegato, capsule surrenali) normali (esame radiologico a Bologna).

Sistema nervoso normale, all'infuori del dolore e dell'insonnia concomitanti l'inizio della malattia, e miosi morfinica nel periodo inoltrato; olfatto, vista, gusto, udito, tatto nelle condizioni normali, riflessi patellari, clono del piede, reflesso faringeo normali, non Babinski.

La malattia in parola ebbe inizio nel gennaio 1928, e fine nel maggio del 1930. Il primo e più costante sintoma fu un dolore vivissimo sotto la spalla destra, irradiantesi anteriormente verso il V e VI spazio intercostale, a carattere nevralgico (ascesa, parossismo, e discesa). Mancando ogni minimo accenno a lesione pleuro-polmonare, fu curato come d'indole reumatica senza risultato. Radioscopia negativa. La Signora sopporta e si calma con qualche antinevralgico, nel mentre che l'algia continua con intervallo di ore, senza essere accompagnata da nessun altro disturbo (nè tosse, nè dispnea), tanto che, nelle ore tranquille, accudisce senza fatica alle faccende di casa. Un anno dopo, circa, a un esame dell'inferma, che persiste ad accusare il dolore diurno e notturno, si rende evidente un fatto nuovo di eccezionale importanza: la riduzione ed appiattimento del torace destro, e la scoliosi della colonna vertebrale con concavità a destra, che crescono progressiva-

mente costringendo in prosieguo l'inferma a tenere il tronco inclinato a destra. Qui si fa intervenire ancora la funzione del radiologo, che diagnostica una pleurite basilare destra. L'esame clinico su questa regione — dietro questa nuova indicazione — rimane negativo anche alla puntura esplorativa.

Visitata da altro specialista delle malattie dell'albero respiratorio con aiuto di nuove radioscopie, è messa in evidenza una pleurite cronica a destra con localizzazioni peribronchiali (queste ultime, poi, non riscontrate all'autopsia). Non migliorata affatto, passa in una sala della Clinica Medica di Bologna, dov'è studiata accuratamente per un periodo di venti giorni da insigni colleghi, dove le sono prese numerose radiografie e fatte altrettante radioscopie, da cui risulta una disseminazione di aree opache nel campo pleuropolmonare destro, con stiramento del viscere verso le costole; spazi intercostali più stretti che dal lato opposto, e torace ridotto di ampiezza. Nessuna diagnosi di certezza. L'inferma nella convinzione di una ripresa artritica a carico del tronco, passa ad Abano, dove si prendono nuove radiografie con rilievi poco dissimili da quelli delle precedenti osservazioni, a cui, però, si aggiunge la cifo-scoliosi della colonna vertebrale. Nessuna diagnosi.

Siccome rimaneva sovrano il buio clinico, sulla guida anamnestica del marito luetico da antica data, si pensò dai clinici che osservarono l'inferma, alla possibilità di una lesione pleurica di quella natura, benchè la Wassermann fosse rimasta negativa, così si orientarono le cure in questo senso. Nessun vantaggio e nessun sollievo. Negativo fu sempre l'esame degli organi endotoracici, nè si ebbe mai uno sputo. L'ammalata, sfiduciata e oramai defedata, cominciò ad abusare dei narcotici assumendo la morfina, oltre che per os, anche per via ipodermica, talchè qualche consulente più tardi pensò *sì a una forma di pleurite cronica, probabilmente d'indole spirochetica*, ma addebitò in gran parte il deperimento all'abuso del tossico, la cui sete, esso opinava fosse sufficiente a creare più che risvegliare il dolore.

Un altro professionista valoroso di Bologna pensò pure di trovarsi di fronte a inferma con postumi artritici, nel cui senso fu curata invano anche in una nota casa di salute di Brescia.

CONSIDERAZIONI.

Che cosa si doveva o poteva pensare? Una pleurite essudativa, sierosa o purulenta, doveva essere subito scartata per mancanza di versamento. Una forma pleurica secca reumatica? altrettanto per mancanza di segni stetoscopici (sfregamenti, ecc.), e pel relativo infruttuoso trattamento. Una neoplasia pleurica secondaria no, perchè mancavano i fatti di una uguale lesione primitiva, anche nel polmone che, salvo l'atelettasia da retrazione della pleura, era pure sempre rimasto estraneo alla sindrome clinica; *primitiva* della pleura neanche per il lungo decorso e per la mancanza della raccolta siero-ematica così frequente e così probativa del cancro pleurico. Allora si pensò con incalzante convincimento alla sifilide della sierosa pleurale. Questa forma conveniva assai al nostro caso perchè, oltre alle ombre costantemente messe in evidenza dalle varie radiografie del campo pleuro-polmonare destro, il groviglio che si vedeva stirare l'organo respiratorio verso il torace, la mancanza di lesioni polmonari, la retrazione della gabbia e, infine, la risultante anamnestica positiva della lue a carico del marito, erano sufficienti a creare un avvincente quadro di spirochetosi pleurica. Però il quadro non era completo; cosa necessaria per una diagnosi certa, perchè era infirmato da due fattori: la Wassermann sulla inferma decisamente negativa e la presenza in lei del *dolore*, che manca nella suaccennata lesione pleurica, laddove nella signora l'algia invece rappresentava il sintomo più grave, non solo, ma quasi unico fino alla comparsa della deformazione della gabbia. Noi medici curanti e consulenti abbiamo tutti indistintamente errato a non assegnare importanza, non solo, ma a non dar rilievo nel caso attuale a un dato anamnestico di eccezionale importanza: *la morte del padre dell'inferma per carcinoma dell'esofago.* Pure avvezzi all'altissimo valore costantemente affidato dal nostro maestro Augusto Murri alla talora più insignificante notizia anamnestica, che egli seguiva con prodigiosa memoria e adattava poi con sicurezza incisiva, noi abbiamo seguito invece la via della sifilide, contro cui militavano due forti ragioni: la Wassermann negativa e l'infezione solo a carico del marito contratta e curata in tempo lontano dal matrimonio; e la ereditarietà diretta da parte del padre per cancro.

Dopo letto il lavoro del Iosè W. Tobias — col quale accenno apro questa nota — appare più facilitata la diagnosi di carcinoma pleurico primitivo per la *costante, progressiva dolorosa retrazione della gabbia toracica* e per le ombre endotoraciche riscontrate da quello stesso lato. Aggiungiamo il dolore (mancante nella sifilide), la Wassermann negativa, l'anamnesi positiva pel carcinoma del padre, e siamo molto avvicinati al nostro compito, reso meno arduo dall'esclusione delle altre lesioni: sinechie da versamenti, che non sono avvenuti, sinechie da sifilide, mai così forti e tenaci da inflettere anche la colonna vertebrale; le lesioni del mediastino sarebbero state molto più rapide e tumultuose.

La signora è morta marasmatica due anni e mezzo dopo i primi sintomi.

La *necroscopia* non solo favorita, ma desiderata dal marito e dai famigliari della paziente ha posto in evidenza: polmone destro ri-

dotto a un terzo del suo volume, aderente, più specialmente a carico del suo lobo medio, alla gabbia toracica corrispondente per opera di sinechie pleuro-polmonari grosse e cotennose, che arrivano in certi punti perfino allo spessore di un centimetro e più; sinechie di assai minor rilievo e più esili sono quelle pleuro-diaframmatiche. Nel polmone sinistro sulla regione apicale altro tumoretto metastatico del volume di una noce avellana. Nessun'altra alterazione in quest'ultimo polmone. Nessuna traccia di versamento in entrambi i cavi pleurici.

Organi del cavo addominale: grande sierosa indenne. *Organi del cavo fisiologici*: fegato, reni, capsule surrenali, pancreas, milza; niente liquido ascitico. Anche al taglio questi visceri appaiono macroscopicamente normali *Organi del piccolo bacino* (vescica, utero e annessi): in condizioni fisiologiche.

L'esame istologico del pezzo anatomico esciso col consenso dei famigliari e dell'autorità locale, fu eseguito dall'insigne scienziato prof. Giulio Tarozzi, direttore dell'Istituto di anatomia patologica dell'Università di Bologna e del Centro diagnostico per l'accertamento del cancro. Il Maestro — al quale mi onoro di render qui le mie grazie — dopo la dettagliata descrizione dei preparati istologici, che non trascrivo per evitare prolissità pel lettore, pon fine all'accuratissimo studio col seguente riassunto:

« Dall'esame istologico dei frammenti delle « cotenne pleuriche si può facilmente giudica- « re che l'alterazione pleurica è dovuta a una « vegetazione ed infiltrazione neoplastica a de- « corso lento (endotelioma) che si è diffuso « progressivamente sulla pleura, e che per la « intensa reazione fibrosa, ha determinato le « aderenze cotennose e la fusione fra le due « pleure. Si può ritenere come certo che la « neoplasia si sia inizialmente originata dagli « stessi elementi pleurici, ma sulla base sol- « tanto delle caratteristiche istologiche delle « cotenne pleuriche prelevate dal cadavere, la « primitiva origine pleurica non si può con si- « curezza affermare ».

Savignano sul Panaro (Modena).

RIASSUNTO.

Endotelioma primitivo indiagnosticato della pleura è il titolo del lavoro, la publicazione del quale è desiderata per la rarità della lesione primitiva della pleura e la difficoltà della diagnosi, perchè infine l'errore serva di ammaestramento. Primo caso osservato senza versamento.

NOTE E CONTRIBUTI.

Ospedali Riuniti di Roma - Policlinico Umberto I. X Padiglione
Primario: Prof. A. MILANI.

Sull'azione dell'antimonio nel granuloma maligno e tubercolare

per il dott. ROSARIO GRASSO,
assistente negli Ospedali Riuniti.

(*Continuazione e fine; vedi num. precedente*).

CONSIDERAZIONI SUI CASI RIFERITI.

Nel 1 caso, C. G., la 1 grafica (vedi fig. 1) della seconda degenza (dal 25 marzo al 18 aprile) è molto suggestiva e mi incoraggiò anzi, essendo il primo caso trattato con tale terapia, a continuare le esperienze.

Febbricitante da un mese con temperature elevate e condizioni generali depresse, inizia lo Stibional e subito la temperatura cessa. L'apiressia permane, lo stato generale migliora notevolmente, si associa diminuzione notevole delle adenopatie e della milza, e *dopo soli* 19 *giorni di cura,* in cui furono praticate 8 iniezioni per via endovenosa, esce.

Due appunti però diminuiscono tale risultato terapeutico:

1) La diagnosi incerta dopo la biopsia, sebbene clinicamente vari dati deponessero per il granuloma maligno;

2) il tempo intercesso tra inizio della cura e caduta della temperatura.

Praticata la prima iniezione alle ore 12 del 29, già alle ore 6 del mattino seguente era apirettico, nè si presentarono nei giorni seguenti elevazioni termiche. Non credo esistano dei farmaci con azione si decisa e fulminea sulla temperatura. Una tale curva non si vede neppure nelle reclame dei sieri e dei preparati colloidali!

Piccoli scaglioni di temperatura seguono sempre una brusca epiressia causata da un farmaco; essi mancano invece quando questa è, come nel caso della polmonite, ad esempio, il risultato di un più complesso fattore, che non sii il nostro cmc. di Stibional. E che l'inizio della nostra cura *coincise* con una spontanea apiressia, lo dimostra pure il tracciato termico del giorno 29. Dalla mezzanotte alle 6 del mattino, si era abbassata *spontaneamente,* senza alcuna terapia, di 2 1/2 gradi.

Rimaneva però sapere se e quanto avesse contribuito la nostra cura.

Ed ecco che una seconda osservazione apporta luce e verità. Dopo appena un mese di apiressia, ricompaiono elevazioni termiche a tipo di febbricola (vedi II grafica, fig. 2), unite ad aggravamento dello stato generale.

Si riprende lo Stibional a dosi intense, 3 cmc. ogni 3 giorni e senza interruzioni se ne praticano 20. Con quali effetti?

Sulla temperatura basta guardare la grafica (!); questa anzi alla XI iniezione si fa più elevata e, malgrado gli altri 30 cmc. di farmaco, permane tale.

Sullo stato generale, ghiandole, milza, basta osservare l'esame obiettivo eseguito dopo la cura: questo non parla di diminuzione di volume, ma di aumento e delle linfoghiandole e della milza.

Le successive irradiazioni migliorano un po' il quadro; il decorso avvalora il sospetto di granuloma maligno.

In un paziente che si è curato come questi, la sifilide non causa tali danni, per non dire che la seconda R. W. è stata negativa dopo la serie di Neo I. C. I. praticata nel novembre scorso e che ciò malgrado, nel gennaio ha praticato 6 iniezioni di salicilato Hg.

Anche l'esame clinico sta a favore del granuloma maligno.

Nel II caso, C. M., non possiamo constatare nessun effetto nè sulla temperatura (vedi grafica fig. 3) nè sullo stato generale e locale, pur avendo praticato le massime dosi (3 cmc.) ed avvicinate.

Anzi, dopo la III iniezione, ha avuto temperature così elevate, che abbiamo creduto giusto sospendere lo Stibional e dare antipiretici. Anche questi ebbero poco effetto sulla temperatura e malgrado la cura si ebbe una acuzie dei fatti locali, avvertita dal paziente per una tensione dolorosa al collo ed obiettivamente da una accentuazione dell'impacco ghiandolare, con arrossamento dei tegumenti soprastanti.

Siamo ricorsi quindi alle irradiazioni, con cui si è avuta una modica regressione dei fenomeni locali, mentre la temperatura persisteva elevata.

Dopo la IV irradiazione abbiamo ripreso lo Stibional sempre a dosi forti ed alternate dalle irradiazioni. L'ultima iniezione praticata con le identiche modalità delle precedenti è segnata nella grafica da una freccia (vedi fig. 3) fu seguita da qualche disturbo: dopo circa un'ora dall'iniezione, il paziente è colto da intenso tremore, senso di calore e dolori alle regioni inguino-crurali, disturbi che cessano dopo circa 1/2 ora.

Gli effetti della cura praticata furono così nulli e le temperature ricomparvero talmente elevate unite ad uno stato generale depresso, che il paziente chiese e volle uscire.

Lo *status* all'egresso risulta dall'esame obiettivo in precedenza riportato.

Da quanto sopra, pur non volendo addebitare alla terapia antimonica le ipertermie e l'aggravamento generale e locale presentato a fine cura, tuttavia credo siamo autorizzati almeno a dire che lo Stibional non ha dato benefici risultati e che suo malgrado la *poussées* di riacutizzazione del linfogranuloma, che era già iniziata, perdurò e si protrasse senza venire nè arrestata nè modificata.

Nel III caso, G. A., essendo apiretica durante tutta la degenza, rivolgiamo l'attenzione sullo stato generale e principalmente sulle condizioni locali.

Dopo 6 iniezioni da 2 cmc. non constatandosi nessun effetto, abbiamo unito l'azione dei raggi X e così, dopo 9 iniezioni e 6 applicazioni, abbiamo ottenuto una diminuzione del volume delle linfoghiandole e della milza (vedi fig. 4).

Si continua tale schema di cura praticando altre 9 applicazioni e ben 12 iniezioni da 3 cmc. di Stibional e come risultato finale assistiamo ad un nuovo aumento delle tumefazioni ghiandolari, per cui viene dimessa leggermente migliorata (vedi fig. 5).

Vorremmo forse addebitare la modica diminuzione di volume delle ghiandole allo Stibional, quando sono state praticate ben 15 irradiazioni?

E non sappiamo che questi sono stati da tempo gli unici che hanno da soli potuto dare consimili e spesso migliori risultati?

Nè avrebbe valore ammettere che l'antimono abbia contribuito in parte al miglioramento, poichè essendo stato questo lieve, la parte che spetterebbe al farmaco sarebbe molto esigua per permettergli di addebitarsi un'azione specifica. Noi siamo ormai abituati a vedere regredire grosse gomme e risanare vaste ulcere luetiche con poche iniezioni dello specifico, a troncare l'accesso malarico con pochi grammi di chinino.

Credo dire il vero concludendo, che nel nostro caso il miglioramento si debba all'azione ormai esperimentata dei raggi X ed al succedersi di una fase di spontaneo miglioramento del male.

Nel IV caso, S. G., esperimentiamo in avanzata cachessia. Gli *8* cmc. di Stibional rimangono senza effetto locale e generale. In meno di un mese muore.

Il farmaco non ha prolungato il male, non ha sclerotizzato le linfoghiandole che rima-

sero invariate, nè ha ridotto il volume della milza, nè ha influito sulla temperatura (vedi fig. 6) e quindi sull'intossicazione generale.

Nel V caso, R. M., abbiamo un soggetto che si presta molto bene al nostro studio.

Buone condizioni generali, ammalata da un anno e mezzo, non ingrossamento degli organi ipocondriaci, modica febbre e subcontinua, adenopatie nelle varie stazioni. Otto cmc. di Stibional non fanno apprezzare miglioramento dello stato ghiandolare. L'azione sulla temperatura, apiressia nei giorni 21-22-23 è solo apparente, essendosi avuti anche prima tali periodi apirettici (vedi fig. 7).

Tale giudizio è avvalorato dal fatto che altri 12 cmc. del farmaco praticati dopo la guarigione dell'eresipela, non hanno troncato la febbricola.

Anche queste non hanno avuto azione alcuna sulle adenopatie. Aggiungo che l'inferma ha praticato le iniezioni malvolentieri mancando, a suo dire, il senso di benessere e di miglioramento generale provatole dalla cura arseniosa.

Azione dell'antimonio su adenopatie tubercolari febbrili.

Caso I. — Z. Giuseppina, anni 14, casalinga.

Entra il 1-II-30. Anamnesi collaterale e remota negativa. Da 12 giorni ha febbre subcontinua elevata con astenia, cefalea, anoressia, pallore ed alvo stitico. L'esame obiettivo è pressochè negativo: nutrizione discreta, pallore manifesto, lingua umida, impaniata, ronchi e sibili diffusi, non tumore di milza. Esame urine negativo. Esame del sangue: modica anemia secondaria.

Sierodiagnosi per il tifo, paratifo, melitense negativa anche dopo riattivazione. Esame espettorato: Koch negativo.

Radiografia torace: l'ombra ilare sinistra è notevolmente aumentata a contorno policiclico, nulla a carico della trama polmonare.

Continua a febbricitare, raggiungendo pure i 39,5 con tipo subcontinuo malgrado gli antipiretici (criogenina, antipirina) somministrati giornalmente.

Il 21-II-30 il pallore è più accentuato, si riesce a palpare la milza nelle profonde inspirazioni; una nuova radiografia confrontata con la precedente fa notare un aumento dell'ombra ilare e la comparsa di un'ombra dietro il manubrio dello sterno sviluppata verso sinistra a contorno policiclico, che tende a confluire con la precedente.

Le condizioni rimangono invariate; la febbre persiste, la tosse è scarsa e secca.

Il 22-III-30 una nuova radiografia conferma la precedente ed in più mette in evidenza una infiltrazione a tipo nodulare su tutto l'ambito toracico sinistro. Lamenta dolore all'emitorace sinistro ove nei giorni seguenti compaiono segni di versamento e si estraggono 30 cmc. di liquido citrino torbido coi caratteri di essudato e netta linfocitosi.

La febbre persiste elevata, il pallore si accentua, il liquido non si riforma, l'emitorace sinistro comincia a retrarsi; manca l'espettorazione.

L'11-IV-30 si nota che la base del collo, specie verso sinistra è tumefatta un po' e la palpazione fa notare numerose ghiandole piccole che si approfondano verso il mediastino.

Si decide allora di esperimentare lo Stibional e si comincia con piccole dosi, dato lo stato della paziente.

Si sospende ogni altra cura. Nella grafica (vedi fig. 8) è riportata la temperatura prima, durante e dopo le iniezioni, il loro numero, il loro ritmo.

Rifiuta la biopsia di una ghiandola sopraclaveare. La febbre non ricompare più, lo stato generale è molto migliorato e così pure la sanguificazione.

Il 17-V-30 e quindi dopo lo Stibional, non si riesce a palpare la milza, nè il fegato.

Le regioni sopraclaveari non sono più tumefatte, però si palpano numerosi gangli duri e piccoli.

La radiografia dà le ombre ilari e retrosternali invariate; in più conferma gli esiti della pleurite sinistra.

Rimane ancora 2 mesi all'Ospedale sempre apiretica e quindi viene dimessa.

Caso II. — C. Pierina, anni 19, casalinga, nubile.

Entra il 15-V-30 per febbricola, scarsa tosse, dolori addominali modici, irregolari, vaghi.

All'esame obiettivo si rileva solo una modica difesa all'epigastrio. Dopo circa 1 mese di degenza, persistendo i disturbi ed apprezzandosi una tume-

Aprile — Maggio — Zingaretti Giuseppina — Febbricitante da 2 mesi — Totale 20 cc Stib. = cgr 36 Antimonio

Fig. 8.

fazione indistinta all'epigastrio viene trasferita in chirurgia dove, una laparotomia esplorativa permette di far diagnosi di linfoadenite meseraica tubercolare accertata dalla biopsia di una ghiandola prelevata.

Rientra il 14-VII-30 febbricitante e viene esperimentato lo Stibional (vedi fig. 9).

Sospeso il farmaco dopo 4 iniezioni (2 da 2 cmc. e 2 da 3 cmc.), si somministrano antipiretici, con cui si fa apiretica.

Fig. 9.

Fig. 10.

Di tanto in tanto ha febbri irregolari e dopo circa 4 giorni esce apparentemente guarita.

Caso III. — O. Nicoletta, anni 19, sarta, nubile. Entra il 4-IV-30 per astenia marcata, dolore diffuso all'epigastrio e febbre continua remittente da 10 giorni. Anamnesi remota negativa; padre affetto da bronchite cronica.

Obiettivamente: denutrizione, pallore, qualche crepitio fugace al sott'apice destro.

Esame espettorato negativo più volte per il bacillo Koch.

Sierodiagnosi per tifo, paratifo e melitense negativa.

Radiografia: ingrandimento ilare sinistro, trama polmonare di aspetto normale. Continua la febbricola vespertina con massimo a 37,9 malgrado gli antitermici (criogenina, antipirina). Dopo un mese una nuova radiografia dà: notevole ingrandimento e sfumatura ilare sinistra. La febbre continua e si esperimenta lo Stibional a forti dosi (vedi fig. 10).

Si sospende dopo 7 iniezioni. La paziente continua a febbricitare.

Una nuova radiografia praticata il 10-VI-30 dimostra che le ombre ilari sono meno sfumate, a contorni abbastanza distinti ed un po' ridotte, vi si scorge in più un principio di calcificazione.

Si continua con la criogenina per circa 15 giorni e dopo 15 giorni sfebbra, persistendo però elevazioni serotine di 37°,1. Esce il 25-VI-30 in apparente guarigione con diagnosi di adenopatia ilare sinistra.

Considerazioni sui tre casi sopra riferiti.

Nel I caso, Z. G., abbiamo da rilevare l'apiressia dopo 8 cmc. di Stibional praticati nello spazio di 11 giorni; la persistenza di tale apiressia, la diminuzione di volume delle adenopatie sopraclaveari (vedi fig. 8).

Con molto scetticismo abbiamo ammesso che l'apiressia si dovesse all'antimonio.

Dopo un periodo febbrile di 70 giorni per una affezione prevalentemente ghiandolare specifica, niente ci può far escludere che l'apiressia siasi dovuta al miglioramento spontaneo del processo e all'immunità relativa acquisita dal soggetto in tale periodo. Il succedersi di lunghi periodi di benessere e di apiressia a periodi di malattia e di febbre, è descritta dal patologo e spiegato col succedersi ed alternarsi di stati allergici positivi e negativi nelle infezioni croniche.

La diminuzione del volume delle linfoghiandole nel nostro caso è uguale a quella che osserviamo tutti i giorni nella scrofola tubercolare dei bambini. Quando questa non suppura nè rammolisce, lascia quelle ghiandole dure e mobili sebbene poco ingrossate, che etichettano l'individuo per tutta la vita.

Ma tale misoneismo non era certo basato su dati positivi e rimaneva il dubbio che l'antimonio avesse potuto agire e sulla temperatura e sulle ghiandole e sullo stato generale. Perciò lo abbiamo esperimentato su altri infermi.

Nel II caso, C. P., ci troviamo di fronte ad adenopatie profonde, non palpabili, la cui natura tubercolare è accertata dal reperto operatorio e dalla biopsia. Poichè febbricita si prova lo Stibional. Le 4 iniezioni praticate, di cui le ultime 2 da 3 cmc., non abbassano per niente la temperatura, anzi a poca distanza compaiono febbri ancora più elevate che lentamente sono vinte dagli antitermici e forse pure dalla reazione generale dell'organismo (ved. fig. 9).

Non è stata insufficiente la dose del farmaco, essendo state iniettate in 9 giorni ben 10 cmc. del preparato e per via endovenosa. Tali dosi massive avrebbero dovuto dare risultati evidenti, anche se transitori.

Nel III caso, O. N., l'inefficacia dell'antimonio sulla temperatura appare dalla grafica (vedi fig. 10) e dall'ulteriore decorso. Dopo 7 iniezioni da 2 cmc. questa raggiunge pure i 38°; ha qualche giorno di apiressia e riprende a febbricitare. Per la modica diminuzione delle adenopatie ilari rilevata dal secondo esame radiografico, vale quanto abbiamo detto nel primo caso.

CONCLUSIONI.

Avendo ottenuti i risultati sopradescritti, esperimentando su pazienti affetti sicuramente da granuloma maligno (meno uno, caso I), adoperando lo Stibional a dosi elevate e massive, riteniamo potersi concludere:

1) che l'antimonio nelle nostre mani non ha avuto nè azione svelenatrice nè antitermica;

2) che è rimasto privo d'azione diretta sul volume e carattere delle adenopatie e degli organi ipocondriaci, desumendo ciò dai dati clinici, pur mancando di biopsie prelevate dopo la cura, essendosi i pazienti rifiutati;

3) che non ha beneficato lo stato generale avendosi avuto anzi in 2 casi (II, V) durante la sua azione un peggioramento, da noi però attribuito alla normale evoluzione del male;

4) che lo Stibional è ben tollerato anche ad alte ripetute dosi (vedi caso I, fig. 1-2), avendo dato sola una volta (vedi caso II, fig. 3) fugaci disturbi;

5) che l'antimonio non può essere oggi considerato un preparato specifico nè sintomatico del granuloma maligno;

6) che la sclerosi connettivale riscontrata dallo Scala nelle biopsie praticate dopo la cura, può essere spiegata pensando che il processo anatomo-patologico evolve *spontaneamente ed a tappe verso la sclerosi pur marciando il paziente inesorabilmente verso la morte;* che nella stessa regione vi sono ghiandole nel periodo di sviluppo del male (prima fase anatomo-patologica) e ghiandole nel periodo di sclerosi (terza fase), così come nella stessa ghiandola vi sono zone dell'uno e dell'altro periodo. Ciò ci dice, che nel granuloma maligno, il cicatrizzare delle ghiandole non indica arresto del male e la guarigione non può essere desunta dalla biopsia, ma dall'evoluzione ed esito della malattia;

7) dal secondo gruppo di esperienze risulta poi che anche sulle adenopatie tubercolarie l'antimonio rimane senza efficacia e sulla temperatura e sullo stato generale e locale.

RIASSUNTO.

L'A., controlla su 5 casi di granuloma maligno, di cui 4 accertati dalla biopsia, l'azione locale, generale e antitermica dell'antimonio usando lo Stibional. In base ai risultati avuti conclude in senso assolutamente negativo.

Ad eguali conclusioni arriva usando il preparato pure su 3 casi di adeniti tubercolari febbrili. Rileva l'innocuità del preparato anche a dosi elevate e ripetute.

Roma, 10 dicembre 1930.

SUNTI E RASSEGNE.

DERMOSIFILOGRAFIA.

Sulla profilassi della sifilide.

(C. Levaditi. *Medizinische Welt*, 25 aprile 1931).

L'idea di usare mezzi profilattici locali contro la sifilide rimonta a tempi assai lontani, ma solo nel 1906 (Metschnikoff, Roux e poi Neisser) le esperienze sugli animali di laboratorio nei quali era stato innestato materiale sifilitico dimostrarono la possibilità di impedire lo sviluppo dell'infezione mediante una pomata applicata sul punto dell'innesto. D'altra parte da esperienze dello stesso Neisser e di altri autori era noto quanto rapidamente i germi della sifilide sogliono penetrare nell'organismo e come questa loro veloce migrazione dal punto d'innesto ai nodi linfatici, alla milza ed al cervello possa non di rado dar luogo ad una sifilide asintomatica, cioè ad una forma di sifilide senza manifestazioni esterne. La profilassi locale mercè l'impiego delle note pomate può dunque in alcune circostanze completamente fallire.

Un altro metodo consiste, com'è noto, nella somministrazione preventiva *per os*, di alcuni preparati di arsenico: per altro, malgrado alcune esperienze favorevoli su animali di laboratorio ed anche sull'uomo, anch'esso fino ad ora non si può considerare come sicuro ed infallibile (1).

Secondo l'A. non ci si deve attendere una durevole protezione da preparati, come le combinazioni arsenicali di cui sopra, i quali sogliono eliminarsi rapidamente dall'organismo, al contrario dei sali di bismuto che, iniettati nei muscoli, si eliminano lentamente e possono perciò esercitare un'azione intensiva e più prolungata.

L'A. ha compiuto delle esperienze su conigli nei cui muscoli era stato iniettato del tartrato basico di bismuto e nei quali più tardi, ad intervalli di tempo diversi, veniva innestato del materiale sifilitico, ed ha potuto constatare che in questi animali non si verificava alcun sintomo morboso fino a quando era dimostrabile la presenza di quantità sufficienti di bismuto nell'organismo. In questo modo l'A. ha potuto accertare un'azione protettiva per almeno 152 giorni.

Dalle ricerche sui reni si potè stabilire in modo sicuro anche ciò che l'A. chiama « potenziale metallico dei reni » cioè la quantità di bismuto contenuto in un grammo di sostanza renale. Al principio dell'esperimento questo potenziale è assai grande ma nell'ulteriore decorso diminuisce progressivamente, ed in eguale proporzione l'animale perde il suo potere di resistenza contro la sifilide. Si può dunque ammettere che i poteri di difesa contro questa infezione dipendano dalla presenza nel rene di una data quantità di bismuto, che si può calcolare a circa 32 microgrammi per grammo di sostanza renale.

E poichè in queste esperienze furono anche fatte ricerche sui nodi linfatici, i quali risultarono completamente sterili di virus sifilitico, l'A. crede si possa in tal caso parlare di sterilizzazione completa dell'organismo. Esperienze sulle scimmie, la cui ricettività per la sifilide si avvicina di molto a quella dell'uomo, confermarono quelle eseguite sui conigli. Uno scimpansè nel quale furono praticate ripetute iniezioni di 4 milligrammi di bismuto per chilogramma di peso corporeo ed in cui venne innestato più volte del materiale sifilitico umano attivo, per la durata di 283 giorni sfuggì alla infezione. Quando, dopo questo periodo di tempo, si dovè sacrificare l'animale per una malattia intercorrente, le ricerche sui reni dettero ancora un potenziale di bismuto di 14 microgrammi per grammo di sostanza renale.

È lecito quindi affermare che la somministrazione preventiva di bismuto esercita un'azione protettiva di lunga durata contro la sifilide e che con essa si può raggiungere quel che l'A. chiama « Metalloprävention » cioè *azione preventiva mediante combinazioni metalliche*. Il bismuto può dunque essere annoverato fra i migliori antisifilitici e messo alla pari con essi (Arsenobenzoli ecc.). La sua azione protettiva dura persino più a lungo che non quella del Salvarsan e dei preparati arsenicali somministrati per via interna i quali, come si è detto, sono rapidamente eliminati.

Ancor più sorprendente è l'azione del tellurio che però non si può adoperare in terapia umana per l'intenso e duraturo odore di aglio che conferisce a chi ne fa uso. In quanto al mercurio ed ai preparati di oro l'azione preventiva si dimostrò notevolmente minore; più evidente per altro per il primo che non per i secondi.

Dalle ricerche dell'A. risulta che si deve ammettere l'esistenza di uno stretto rapporto fra l'azione protettiva e quella terapeutica di un dato medicamento: se cioè un preparato chimico è terapeuticamente attivo si può con sicurezza affermare che esso ha pure un'azione protettiva egualmente intensa e duratura.

Le esperienze dell'A. vennero ampiamente confermate dalle ricerche eseguite per ben due anni da Sonneberg su di un certo numero di

---

(1) Un malato, da me osservato, che si presentava con sifiloma ipertrofico e sifiliderma papulosquammoso confluente, nell'epoca in cui presumibilmente aveva contratta l'infezione, già faceva uso da parecchio tempo di uno dei più noti di questi preparati « per os » che gli era stato consigliato per combattere le amebe intestinali di cui era affetto. (*N. d. Redat.*).

prostitute che non avevano ancora contratta la sifilide.

Di 110 prostitute 60 furono trattate con magistero di bismuto iniettato nei muscoli una volta per settimana, 50 invece servirono di controllo. Di queste ultime 20 (cioè il 40%) contrassero la sifilide e tutte presentarono manifestazioni cliniche evidenti: delle prime invece (cioè di quelle trattate col bismuto) soltanto 5. Fra queste cinque una s'infettò tre settimane dopo l'inizio del trattamento preventivo, quando dunque il « potenziale di bismuto » non era ancora sufficiente: le altre contrassero l'infezione dopo un periodo di tempo dalla fine del trattamento preventivo, rispettivamente di 18, 4, 5 1/2, 4 mesi. Dunque solo dopo 4-5 1/2 mesi dalla fine del trattamento il bismuto fu eliminato dall'organismo e si ebbe quindi di nuovo una ricettività per la sifilide.

Questo metodo della « prevenzione metallica » non può certo generalizzarsi ed essere applicato indistintamente a tutti coloro che si espongono al pericolo di un'infezione luetica. Esso però dovrebbe essere usato in tutti quei soggetti nei quali l'infezione si può ammettere con certezza senza attendere le prime manifestazioni cliniche e soprattutto in quelle prostitute che possono per lungo tempo rimanere sotto controllo medico. V. MONTESANO.

Sul contagio sifilitico.

(LEDOUX. *Bulletin médical*, 1930, n. 40).

L'A., durante la guerra, dirigeva un centro di cura di malattie veneree in città di provincia. Distinguendo 4 origini di contagi sifilitici, su 100 casi egli aveva:

12 contagi di origine sconosciuta; 26 da donne venali incontrate nella strada; 28 da donne in case di tolleranza; 35 da donne maritate od operaie.

Si poteva pensare che queste proporzioni erano dovute al fatto che in provincia il contagio era più facile e il trattamento spesso inesistente. A cui devesi aggiungere la paura dell'indiscrezione, il fatto che le malate nelle case non erano visitate periodicamente che da un.... dentista di 82 anni. Ma si resta meravigliati quando si legge la statistica del modo di contagio in Parigi dieci-quindici anni dopo.

Si hanno su 100 casi: 54 contagi da donne venali incontrate nella strada; 10 contagi da donne in case di tolleranza; 10 contagi da operaie di officina; 9 contagi da amiche; 7 contagi da cameriere e personale di restaurant; 4 contagi da donne occasionalmente viste; 4 da mogli legittime.

Se si confronta questo con il quadro precedente, e si somma il 54 ed il 10 dei primi due gruppi si ha il 64 di fronte al 54 del primo quadro: siccome nel numero delle sifilidi sconosciute ve ne ha un numero di certo proveniente dalle case di tolleranza (per es. il 6 %), si giunge ad un 62 % di contagi in provincia di fronte al 64 % in Parigi, contagi a dispetto delle sorveglianze igieniche. Nella provincia le contaminanti che non si fanno pagare rappresentano il 34 %, di fronte alla stessa proporzione nella città.

Da notare che la statistica per Parigi viene fatta in periodo di piena ripresa di attività medica, con servizi specializzati, con medicinali gratuiti, ecc. e pertanto il contagio ivi avviene come in provincia ove quasi si ha un diritto di cittadinanza per la spirochete (almeno pel periodo bellico).

Ed allora due ipotesi si possono fare. Si esclude una inefficacia della cura. O la sifilide attiva è talmente frequente che i nostri attuali sforzi sono insufficienti: sarebbe il gettare delle gocce nell'Oceano. Troppi medici non curano la sifilide, come dicono Pinard, Milian, Flandin ed altri. Ovvero vi sono modalità di contagio che ignoriamo: ipotesi di Levaditi, Lépine, Schoen. Nel ciclo del treponema vi sarebbe una fase invisibile perfettamente virulenta, e solo la fase spirochetotica sarebbe capace di dar luogo alle papule ed alle gomme. La fase infravisibile assicurerebbe la conservazione del virus e spiegherebbe la fissità di percentuali, e specialmente la propagazione della sifilide nelle generazioni successive, senza nuovi contagi. MONTELEONE.

Dermatosi da luce.

(J. CAPPELLI. *Il Dermosifilografo*, giugno 1931).

L'organo cutaneo ha grande importanza come apparato ricevitore e trasmettitore dello stimolo luminoso, non soltanto per le eventuali azioni terapeutiche, ma anche per la normale biologia dell'organismo. A base di questa funzione della cute, stanno fenomeni biologici e biopatologici di cui ci sono noti solo alcuni epifenomeni più o meno evidenti ed intensi, espressione della reattività cutanea.

Anche verso lo stimolo luminoso, come per altri stimoli, la cute presenta una reattività diversa non soltanto in uno stesso individuo (parti coperte o scoperte) ma anche, in regioni omologhe, fra individui diversi, per cui si passa da un grado di alta tolleranza a quello di ipersensibilità. Corrispondentemente, si hanno alterazioni verificabili, sia pure con gradazioni diverse, in tutti gli individui ed altre che si manifestano soltanto in determinati individui e sotto condizioni particolari.

REAZIONI DEI PROCESSI FOTODERMITICI.

La prima reazione è rappresentata dall'*eritema*, l'espressione più semplice della reattività cutanea ai più svariati stimoli, ma di non facile interpretazione patogenetica. Il processo istopatologico che si svolge nella cute è, di fatto, ben più complesso e marcato del fatto di pura e semplice congestione da vasodilata-

zione, la quale può estendersi anche alla rete vascolare profonda accompagnata dalla costituzione di manicotti da infiltrazione perivascolare.

Si trovano, in fondo, accennate nell'eritema quelle alterazioni che, per maggiore intensità e durata dello stimolo luminoso, possono farsi più gravi, quali: exoserosi exocitosi, infiltrazione, degenerazione, necrosi, che si manifestano con epifenomeni clinici di vescicolazione, incrostazione, fino a perdite di sostanza più o meno profonde.

La massima proprietà eritematogena, è dovuta ai raggi ultravioletti e la luce solare risulta tanto più eritematogena, quanto maggiore è il suo contenuto in raggi ultravioletti.

Però, tenuta presente la minima penetrabilità di tali radiazioni, si tende ad escludere un'azione diretta di esse sui capillari, i quali verrebbero stimolati soltanto indirettamente, per la messa in libertà di sostanze ad azione vasodilatatrice, provenienti dalle cellule epidermiche, in esse preformate o derivanti da modificazioni indotte dalla luce assorbita.

Tende, quindi, a prevalere il concetto anatomico-umorale che, secondo l'A., è però troppo univoco perchè tiene conto di un solo meccanismo delle correlazioni dei tessuti.

In individui a cute più fotosensibile, in seguito ad un processo di fotodermite acuta, possono determinarsi nella cute dei fatti patologici costituiti da distrofie connettivo-pigmentarie ed a carattere permanente.

Dermatosi da luce.

Vi è inoltre una categoria di lesioni cutanee che sono state e sono, nel loro determinismo etiologico e patogenetico, riportate alla luce ma che si discostano, per la loro morfologia e soprattutto per la loro morfogenesi delle comuni lesioni, in modo da far pensare ad una fotosensibilità particolare, anormale dal punto di vista qualitativo. Si tratta di quadri nosologici, di vere e proprie dermatosi delle quali, alcune caratterizzate da una sindrome particolare che si ritiene più necessariamente legata alla luce (fotodermatosi propriamente dette) ed altre, invece, con la fisionomia di dermatosi comuni, ma nel cui determinismo la luce sembra avere una parte evidente, sia pure in concorrenza con altri fattori.

Un posto a sè, merita l'*hydroa aestivalis*, l'*hydroa vacciniforme* di Barin. Al titolo clinico di primitiva osservazione (comparsa soprattutto in primavera ed in estate, dopo una prima esposizione a i raggi solari) si aggiunge la scoperta, nelle urine dei pazienti, della ematoporfirina, di cui è dimostrata l'azione fotodinamica. Ulteriori osservazioni hanno però portato a ritenere che il fenomeno della fotosensibilità in questa dermatosi non è imperniato sempre nè in tutti i casi sulle stesse basi patogenetiche (hydroa senza porfirinuria, porfirinuria e porfirinemia senza hydroa).

Per la *prurigine*, Hutchinson ammise una grande importanza all'azione determinante e provocatrice della luce. Esiste però una discordanza in riguardo alla parte dello spettro che si dimostra più attiva. Quello che, poi, rende meno chiaro il meccanismo di azione della luce è la mancanza di sostanze sensibilizzatrici note e dimostrabili nelle urine o nel sangue. Forse può avere importanza il fatto rilevato della deficienza di pigmento nelle zone colpite dalla dermatosi.

Però, la sindrome cutanea obbiettiva e specialmente il disturbo subbiettivo del prurito avvicinano questa forma alla prurigine di Hebra od a quella di Besnier, in cui è possibile avere reazioni cutanee positive verso i più varii estratti di proteine, ciò che manca nella forma da luce.

Nella *pellagra*, è ammessa da molto tempo la dipendenza dalla luce solare. Esistono però ancora delle incognite profonde per cui non si può accettare come ormai chiarita per tale malattia la concezione di dermatosi da luce. Basti citare la non perfetta e costante coincidenza della lesione pellagrosa e dell'eritema solare, la frequente insorgenza in stagioni a minore intensità solare; anche i rapporti della pellagra con il granoturco non sono bene chiariti, nè costanti, sicchè i rapporti fra i termini del trinomio — granoturco, luce, pellagra — non sono ancora bene definiti e si può ammettere soltanto che esista nei pellagrosi un'abnorme sensibilità alla luce, di cui non è ancora ben chiarito il fondamento.

Vi è poi un gruppo di malattie cutanee contraddistinte, nelle loro sindromi morfologiche, da alterazioni a tipo distrofico, le quali si avvicinano a quelle lesioni che si hanno come epifenomeno di fotodermiti croniche. Esse fanno capo a due tipi: la così detta *xerodermia delle persone adulte*, dei marinai, dei contadini, dei macchinisti, dei vecchi, ed il *xeroderma pigmentoso dei bambini*. Per entrambi i tipi è stata sostenuta l'azione particolare della luce; ma, mentre, nel primo tipo, può apparire più facile la interpretazione patogenetica, nel senso di una superata resistenza del tessuto cutaneo verso lo stimolo luminoso, nei casi del secondo tipo si brancola tuttora nel buio.

Esiste indubbiamente, nello xeroderma pigmentoso dei bambini, una ipersensibilità alla luce, che sembra più di ordine quantitativo che qualitativo. Ma è degno di nota il fatto che esiste un certo disaccordo circa la ipersensibilità alle diverse radiazioni e soprattutto il salto dalla semplice reazione eritematosa alle lesioni distrofiche gravi e permanenti. Non è improbabile che la diminuita resistenza alla luce debba attribuirsi a fatti displasico-funzionali.

Al primo gruppo di queste lesioni possono

sufficiente ed i vecchi dermatologi sapevano che occorreva ripeterla più volte per guarire una tigna favosa o una sicosi.

Gli inconvenienti e l'insufficienza di un metodo terapeutico però non bastano per farlo senz'altro abbandonare e, per ciò che riguarda l'epilazione con le pinzette, esso può ben sussistere accanto ai raggi Röntgen.

Spesso in medicina un progresso si sconta con un regresso: quando la calotta di pece fu abolita, nell'ospedale di S. Louis non si guariva più la tigna favosa mentre invece il vecchio metodo veniva ancora utilmente impiegato negli ospedali di provincia. Allo stesso modo, conclude l'A., occorre ricostituire la classe degli esperti epilatori per curare delle affezioni che, senza di essi, non potrebbero guarire: sembrerà allora di aver scoperto come una cosa nuova quel che sapevano perfettamente gli allievi di Bazin e di Besnier.

V. MONTESANO.

ORGANI RESPIRATORI.

Sull'etiologia della gangrena polmonare.

(WOYTEK. *Zent. f. Chir.*, 1930, n. 45).

Vi sono forme ad andamento cronico ed altre più rare ad andamento acuto nelle quali l'infezione putrida si stabilisce rapidamente e conduce a morte.

Contrariamente a queste vi sono forme con un netto quadro clinico che poi, guariscono spontaneamente e che si possono scoprire con l'esame radiologico.

Anatomicamente e batteriologicamente non è possibile distinguere le forme a tipo progressivo da quelle permanenti.

Spesso si trova nel centro del tessuto polmonare una grande quantità di microbi di varia natura dei quali si trova presenza anche in punti metastatici.

Ordinariamente lo sviluppo della gangrena segue una infezione autogena per aspirazione di microrganismi della cavità boccale e infatti sono stati descritti da Leyden e Jaffé una specie di leptotrix, da Hirschler e Terray un cocco, da Guillemont dei bacilli anaerobi (bacillus racemosus), da Fränkel bacilli acido-resistenti (b. pseudotubercolari).

L'attenzione maggiore è stata rivolta alle spirochete e al b. fusiforme trovati da vari autori e Bykowa crede che questi due germi, o soli o in simbiosi, siano gli agenti della g. p. avendo ottenuto delle lesioni anche sperimentali. Tale elemento etiologico è confermato ancora dalla terapia con salvarsan mentre Kissling crede che i fusospirilli abbiano carattere di saprofiti e Wainstein nega la specificità del salvarsan.

Un paziente della clinica di Küttner che aveva sofferto qualche giorno prima di una pleurite improvvisamente presentò temperatura alta, dispnea, cianosi, e pus in corrispondenza d'una puntura all'angolo della scapola ove con l'intervento fu rinvenuto un grosso focolaio di gangrena polmonare. Il reperto batteriologico (fatto da Pfeiffer) del materiale gangrenoso fu interessante: microsc. come in una cultura pura fu trovato un batterio grampositivo interpretato come streptotrix. Le culture aerobiche rimasero sterili, quelle anaerobiche in brodo di Tarozzi diedero culture pure di streptotricee e lo stesso reperto diedero le culture in agar sangue. Questo reperto fa sostenere che l'infezione del polmone sia partita dalla cavità boccale. Le inoculazioni nei topi, cavie e conigli furono negative.

Un altro focolaio di gangrena nello stesso individuo operato diede batteriologicamente lo stesso reperto.

Il malato guarì in circa 3 mesi.

La gangrena polmonare da streptotricee è molto rara esistendone nella letteratura raccolta da Peemöller solo due casi.

R. BRANCATI.

A proposito di 7 casi di ascessi polmonari trattati chirurgicamente.

(R. FONTAINE. *Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, 13 dicembre 1930, n. 32, p. 1356).

L'A. divide le sue osservazioni in 2 gruppi. Nei primi 3 casi si tratta di ascessi acuti del polmone operati e guariti.

I. Uomo di 24 a. che presentava i segni evidenti di una suppurazione polmonare grave, che prendeva la massima parte del polmone sin., senza apertura nei bronchi; condizioni gravi. La puntura esplorativa diede esito a pus, nel quale si dimostrò la presenza di cocchi, bacilli fusiformi e spirocheti. Pneumotomia immediata. Guarigione.

II. Uomo di 26 anni che in seguito ad influenza presentò un ascesso polmonare del lobo inferiore d. apertosi nei bronchi; condizioni gravi. Immediata frenicectomia d. Guarigione.

III. Uomo di 47 anni, affetto da ascesso acuto post-grippale a destra, apertosi nella pleura e nei bronchi, riconosciuto dopo aperto il cavo pleurico. Praticò anche in questo caso la frenicectomia, riservandosi di fare in secondo tempo una toracoplastica per collassoterapia. Ma il malato guarì con la semplice frenicectomia.

L'A. perciò conclude per l'indicazione di un sollecito intervento nelle forme acute: con la pneumotomia se è un ascesso non aperto nei bronchi. Quando la raccolta purulenta è aperta nei bronchi, dopo una non lunga attesa (massima di 2 mesi) se i mezzi medici riescono infruttuosi l'A. consiglia la frenicectomia, la quale può essere sufficiente, e risparmiare a volte anche la pneumotomia.

Nell'altro gruppo di osservazioni costituito da 4 casi si tratta di osservazioni, che appartengono alle varietà subacute e croniche. Di essi

tre furono seguiti da morte ed in uno soltanto si ebbe la guarigione.

IV. Ascesso pulmonare post-operatorio a evoluzione subacuta, del tipo putrido. Frenicectomia, miglioramento, indi aggravamento dopo toracoplastica parziale, pneumotomia, morte.

V. Ascesso pulmonare cronico del lobo inferiore sinistro, consecutivo ad una broncopulmonite. Frenicectomia, toracoplastica, morte per ascesso pulmonare controlaterale sconosciuto.

VI. Ascesso cronico del lobo inferiore d. Frenicectomia; toracoplastica superiore, grandissimo miglioramento; dopo 3 mesi toracoplastica inferiore, morte dopo 8 giorni per probabile ascesso cerebrale.

VII. Ascesso pulmonare cronico del lobo inferiore del polmone sinistro. Frenicectomia e toracoplastica. Guarigione.

L'A. fa presente che il trattamento delle suppurazioni croniche del polmone è meno bene stabilito: lobectomia totale alla Lilienthal o pneumectomia atipica e frazionata secondo Graham. Tuttavia l'A. pensa che possa riuscire utile la frenicectomia ed ogni collassoterapia, misurandosi la resistenza del soggetto per poi fare la toracoplastica.

Fontaine richiama l'attenzione sullo studio diagnostico più preciso circa lo stato anatomico delle lesioni. Tuttavia esistono delle raccolte purulente pulmonari le quali sono messe in evidenza solo con la puntura esplorativa all'atto operatorio. Cita all'uopo un caso personale, nel quale vi era assenza di ogni segno radiologico di raccolta liquida, sulla guida di una puntura esplorativa, che diede esito a piccole quantità di pus fetido. Incisione e drenaggio. Guarigione.

V. Jura.

La contorsione omolaterale del busto.

(A. G. Bosco. *Revista Médica Latino-Americana*, n. 165, 1929).

Le affezioni, acute o croniche, benigne o maligne sviluppate nelle vie respiratorie inferiori (bronchi, alveoli, pleure), danno luogo, presto o tardi, a delle modificazioni morfologiche del torace o delle parti adiacenti. Le modificazioni del torace sono, in generale, bene conosciute; ve ne sono di quelle che si riproducono nelle regioni adiacenti, poco note, e di difficile interpetrazione in un gran numero di casi, ma di grande valore diagnostico.

L'A. la denomina *contorsione omolaterale*, caratterizzata dalla deviazione morbosa di una metà dell'organismo umano consecutivo a una affezione delle vie respiratorie inferiori.

L'A. studia dapprima la retrazione toracica; la sua patogenesi si basa sulla relazione di causa ad effetto tra la lesione anatomica, la difficoltà respiratoria (o funzionale) e la retrazione toracica.

La contorsione omolaterale è generalmente confusa con la retrazione, comparendo quasi sempre simultaneamente ad essa; ma è necessario di salvare questo errore e di individualizzarla come un segno differente poichè obbediscono a due patogenesi distinte, la retrazione essendo di preferenza originata da una alterazione meccanica, mentre la contorsione è di genesi funzionale.

Egli studia in seguito il meccanismo fisiologico dell'atto respiratorio, tanto nella inspirazione che nella espirazione, ciò che permette di comprendere facilmente che le alterazioni anatomiche che modificano la permeabilità del tubo tracheo-bronchiale oppure impediscono lo scivolamento dei foglietti pleurici, modificheranno l'atto respiratorio, trascinando come conseguenza la retrazione della parete toracica.

Egli fa poi osservare l'influenza indubbia del sistema nervoso vegetativo sopra la conservazione del tono muscolare, e spiega il meccanismo riflesso, di origine esterna e viscerale, che giustifica le eccitazioni prodotte da dei processi pleuro polmonari gravi, tali quelli di origine maligna, costituenti dei punti periferici di eccitazione nervosa dei centri vegetativi, che si traducono poi nella rigidità muscolare locale e adiacente, base fondamentale della contorsione omolaterale.

Fatto lo studio semeiologico e differenziale della retrazione toracica e della contorsione omolaterale, giunge a stabilirne il valore diagnostico.

La prima è un esponente di una *sequela* di affezioni sofferte anteriormente, mentre la seconda appare come una manifestazione di *attualità* d'una affezione ad evoluzione rapida ed a carattere grave; ecco perchè l'A. *considera questo segno come proprio a processi neoplastici maligni delle vie respiratorie inferiori.* In qualche caso raro si può anche rintracciare in suppurazioni saccate del polmone. Perchè questo segno abbia tutto il suo valore semeiologico esso deve essere, in più, accompagnato a retrazione toracica contemporanea.

L. Tonelli.

La mobilità della parete costale dopo la neurectomia intercostale multipla.

(A. Cetrangolo. *Revista Medica Latino-Americana*, anno XV, n. 177).

Nella XXV riunione della « National Tuberculosis Association », John Alexander propose pel trattamento della tubercolosi polmonare la neurectomia intercostale multipla, che, associata alla frenicectomia, porta al riposo del polmone per l'immobilità dell'emidiaframma e della parete costale corrispondente.

Questa operazione pone dei problemi di fisiologia non ancora risolti nei riguardi della funzione dei muscoli intercostali nella meccanica respiratoria.

I classici attribuiscono ad essi un compito pressochè insignificante: già in precedenti lavori Alexander aveva potuto comprovare che in una frenicectomia od in una neurotomia

multipla intercostale, la parete costale resta immobile e le coste accentuano la loro inclinazione. L'operazione non dava luogo a dispnea. Scepelmann nel 1913 aveva osservato lo stesso fatto nel coniglio: Hug confermò il fatto nel cane. Nell'uomo la neurotomia intercostale multipla fu realizzata per la prima volta da Friedrich e Warstat con poco soddisfacenti risultati, anche associata alla toracoplastica. Nel 1927 l'operazione fu tentata da Bonomo: i suoi risultati non sono conosciuti.

Secondo Alexander la neurotomia intercostale multipla darebbe risultati buoni, associata alla frenicectomia, nei casi di bacillosi non capaci di sopportare una toracoplastica.

Le esperienze dell'Alexander furono portate su 22 cani e due cavie; in essi resecava vari centimetri di ciascuno dei dieci nervi intercostali e del frenico dello stesso lato. Immediatamente si aveva una immobilità del lato operato ed un aumento dell'escursione del lato opposto. La riduzione della mobilità nel respiro tranquillo non era assoluta: i maggiori movimenti si producono fra la terza e la sesta costola, fra la parasternale e l'ascellare anteriore. Quando si reseca il serrato superiore, che resta paralizzato solo nella recisione dei due primi intercostali, si osserva che il movimento inspiratorio della regione parasternale-ascellare, resta abolito. Alexander segnala il fatto che nella frenicectomia, nella parete costale, nella porzione inferiore dell'opposto lato, le ultime coste restano immobili e talora depresse, mentre la porzione più inferiore del lato operato proemina: non dimentica anche il fatto della capacità compensativa dei muscoli accessori della respirazione.

Warstat realizzò un esperimento molto interessante per mostrare la minore circolazione nel polmone dal lato in cui si è eseguita una frenicectomia e una neurectomia intercostale multipla. Ha iniettato in animali così operati nelle vene, un milligrammo di bacilli tubercolari attenuati il giorno dell'operazione od il giorno dopo, constatando, dopo un certo tempo, che il polmone collassato presentava un numero di tubercoli minore e di minor grandezza che non nell'opposto lato.

L'A. ha operato allo stesso modo un individuo (del quale non dà notizie anamnestiche od obbiettive preoperative). Anche in questo p. all'ispezione, alla palpazione, si mostrò una immobilità quasi assoluta della parete costale; la immobilità era evidente anche alla radioscopia la quale mostrava solo piccoli movimenti ascellari. I muscoli intercostali pertanto debbono considerarsi nella meccanica respiratoria di importanza maggiore di quelli finora loro attribuita; la loro paralisi provoca la immobilità della parete costale ed il riposo del polmone sottostante allorchè vi si associa la frenicotomia.

MONTELEONE.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

Ergebnisse der medizinischen Strahlenforschung. V volume. Vol. con 396 figure di pag. 675. Edit. G. Thieme, Lipsia, 1931.

Il volume di oggi è il quinto della importante raccolta di monografie su argomenti di attualità nel campo della radiologia. Di particolare interesse sono i capitoli: lo stomaco a cascata, studi sperimentali nella radiologia del tenue, la röntgenterapia dei tumori dell'ipofisi, la cura dello struma maligno, la cura del cancro della pelle, la radiumchirurgia, ecc.

L'edizione è in carta di lusso arricchita da moltissime figure nitidamente riprodotte.

P. VALDONI.

E. MILANI. *L'indagine radiologica dei tumori del polmone.* (Biblioteca Arch. di Radiologia), vol. in-8° di pag. 150 con 100 fig. Tip. Giannini, Napoli, 1931. L. 50.

Fra le varie monografie di cui si è andata arricchendo in questi ultimi tempi la letteratura radiologica italiana, merita particolare attenzione questa del Milani, per la competenza radiologica non comune dell'A. e per i criteri pratici con cui essa è stata redatta.

L'A. infatti anzitutto si è preoccupato di fissare i caratteri fondamentali delle ombre normali nella immagine radiologica del torace e poi di quelle patologiche, di cui, per quest'ultime, distingue e passa in rassegna le due alterazioni fondamentali: alterazioni del normale disegno e della normale trasparenza del campo polmonare e alterazioni consistenti in una maggiore trasparenza del campo polmonare stesso.

Solo dopo ciò l'A. inizia lo studio dei caratteri radiologici delle varie forme di carcinoma polmonare, seguendo però non una classificazione semeiologica, poco opportuna nella trattazione teorica dell'argomento, ma una classificazione anatomo-patologica.

In vari capitoli sono quindi trattati i sarcomi del polmone, i tumori benigni, i tumori cistici, quelli metastatici, questi ultimi importantissimi, potendo talvolta radiologicamente stabilire metastasi insospettate clinicamente.

L'altra metà del libro è dedicata alla diagnostica differenziale e l'A. fissati i punti di diagnosi clinica e radiologica e i mezzi complementari (broncografia, irradiazione di prova, ecc.) passa in rassegna i caratteri differenziali radiologici tra i tumori maligni primitivi del polmone e le affezioni polmonari non neoplastiche, tra i tumori primitivi del polmone complicati da versamento e i tumori

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

della pleura, tra i tumori del polmone e quelli del mediastino.

La diagnosi differenziale dei tumori metastatici del polmone è l'argomento dell'ultimo capitolo della monografia che pertanto può essere consultata non solo dallo specialista radiologo, ma anche dal medico, non potendo questi ormai più ignorare il sussidio che l'indagine radiologica porta alla clinica.

A. Pozzi.

BIOGRAFIE.

VITTORIO ASCOLI.

(*Commemorazione letta dal prof.* Cesare Frugoni *alla R. Accademia Medica di Roma nella seduta del 21 maggio 1931*).

Quando accettai di tesser l'elogio di Vittorio Ascoli non considerai abbastanza che forse ero fra i meno atti a farlo, perchè a lui profondamente legato, sento la parola tronca dall'emozione, nel doverne rievocare la figura austera e il luminoso esempio che sono presenti dinanzi agli occhi dell'anima.

La sua vita veramente consacrata alla Patria, alla Scienza, alla sua Clinica, vita della più alta dignità spirituale, è stata tuttavia contenuta in cornice modesta e intonata a grande semplicità. Si è per questo che onde rimanere in armonia col suo spirito, ne parlerò semplicemente ed intimamente, senza eleganze di stile o divagazioni retoriche che ci allontanerebbero dalla sua figura, rimanendo invece in modo fedele aderente alla sua personalità come fu, come è, limpida e durevole nel nostro ricordo.

* * *

La fronte pensosa, l'occhio penetrante e dolce, il viso illuminato da un sorriso che, ironico o scettico talora sembrava, mentre esprimeva comprensione e condiscendente bontà per tutte le sofferenze ed irregolarità fisiche, spirituali e morali che osservava, Vittorio Ascoli è ancora qui fra noi, nel nostro cuore e al nostro fianco, come se ancora potessimo sentirne la parola calma e precisa, potessimo stringere la sua mano leale, o ancora potessimo avere il calore e il conforto della sua amicizia.

Qui con noi è la sua cara immagine paterna come se Egli volesse toglier le gramaglie a questa nostra seduta e dirci che non trapassato o lontano ma vivo e presente è chi, come lui, è così profondo nell'animo e nel sentimento, per cui tutti qui ci troviamo riuniti in raccoglimento pensoso, e pervasi da tanta commozione affettiva.

È questa forse una estrema illusione dello spirito per noi che lo avemmo Maestro, amico, compagno indimenticabile, per me che gli portavo particolare figliale riconoscenza per il dono prezioso della sua amicizia fedele e per avermi egli stesa apertamente la mano quando fu giudice benevolo nel concorso che doveva portarmi alla cattedra, benchè fossi da tanto completamente isolato per avere da anni perduto il Maestro dilettissimo ed esser da anni passato alla carriera ospedaliera. Onde se mai vibrazioni da spirito a spirito si possono dare, io penso che questo mio palpito di riconoscenza profonda, di affettuosa devozione senza limiti, di nostalgico rimpianto che religiosamente esprimo come per rito sacro, debba esser raccolto per lui dai famigliari qui presenti, al profondo dolore dei quali noi reverentemente ci inchiniamo perchè piangiamo in Vittorio Ascoli prima ancora che lo scienziato l'uomo, il suo fascino, l'alta statura morale, il nobilissimo esempio di tutta una vita fervida di lavoro e di dedizione al dovere. Non dico vita di sacrificio poichè tanto alta egli ebbe la visione dei còmpiti scientifici, morali e sociali del clinico, che fu anzi sempre con senso di gioia che egli prodigò attività, pensiero, sentimento, e tutto diede di sè al compimento della propria missione, tutto, anche la salute e la vita. E ben lo sanno gli intimi e i famigliari che non poterono impedire che dal letto di dolore continuasse nel limite delle forze fisiche e oltre le sue forze spirituali a vivere la vita della clinica, a dare, a prodigarsi, ad essere esempio di alto civismo fino all'ultimo respiro.

Maestro di Clinica, Maestro di vita, noi siamo una legione a piangerti oggi e non sappiamo se più colpiti nella mente o nel cuore.

* * *

Ligure, e come tale instancabilmente attivo e tenace, Vittorio Ascoli crebbe alla Scuola di Guido Baccelli che tanto lo predilesse da averlo fin dall'inizio allievo dilettissimo e collaboratore cui presto affidava responsabilità direttive e infine — sopra la sua stessa indicazione — valoroso continuatore e naturale successore.

E vi crebbe in un periodo aureo e in un ambiente come più propizi non potevano darsi, tanto fervore di fecondo lavoro e tanta luce di pensiero vibravano nell'ateneo e nella scuola Romana per i tanti Maestri insigni evocando i quali io non posso non porgere un saluto riverente ai senatori Marchiafava e Durante che ne rappresentano l'alta autorità e la sopravvivente freschezza.

Laureato nell'88, Vittorio Ascoli seguiva ad un tempo la carriera clinica e la ospedaliera. A 33 anni già lo troviamo primario degli Ospedali di Roma, posto che egli tenne per oltre dieci anni con incalcolabile vantaggio per la costruzione e completamento della sua preparazione clinica che potè in tal guisa armonicamente plasmarsi alla perfetta fusione delle due forme preminenti dell'attività cerebrale e della mentalità del clinico, la scientifica e la pratica, in intima, necessaria e armoniosa compenetrazione.

Ma ad un tempo assistente e quindi aiuto di Clinica medica, otteneva in epoche varie supplenze ed incarichi, fra i quali quello della Patologia medica, quando Guido Baccelli fu per sei anni

Ministro, e quindi di Patologia della nutrizione il cui nuovo indirizzo e scientifico orientamento egli — che nel frattempo era stato alla scuola di von Noorden a Vienna — introduceva in Italia.

Primo nel concorso di Patologia medica di Messina, cui rinunciava, e primo ancora in quello di Pavia, nel '910 passava a quell'Ateneo ove nel corso di pochi anni organizzava e promuoveva un importante centro di produzione scientifica, mentre il metodo del suo insegnamento elevato e pratico, chiaro ed efficace lo facevano altamente apprezzare in Lombardia come già prima nella Capitale.

Nel '917 saliva la Cattedra di Clinica medica generale di Roma, successore a quegli che non solo fu il suo grande Maestro, ma fu Maestro dei Maestri di Clinica, Guido Baccelli.

E qui altresì successivamente copriva innumerevoli e importanti cariche pubbliche benchè Egli non ambisse onori se non in quanto i posti di responsabilità direttiva consentono quelle benefiche azioni e quelle utili attività che erano naturale impulso e rigida direttiva del suo spirito.

Lo troviamo così, fra l'altro, Presidente della Reale Accademia Medica di Roma; Presidente dell'Ordine dei Medici di Roma e dell'Associazione Nazionale della stampa medica e direttore per oltre 25 anni del più diffuso giornale italiano di medicina « Il Policlinico », al quale dette il più valido impulso.

Fu Presidente del Comitato romano contro la tubercolosi e Membro delle Società di Medicina di Budapest e di Vienna, e fu proclamato dottore *honoris causa* (con altre 20 celebrità mondiali) presso l'Università di Edimburgo, e fin dalla fondazione diresse la Scuola Superiore di Malariologia.

Tali nella loro molteplicità ed importanza i principali posti di comando che Vittorio Ascoli ebbe, non pro-forma, ma di fatto e che potè in realtà efficacemente coprire ed esercitare solo in grazia della più indefessa operosità e di costante trascuranza di ogni personale vantaggio, dacchè la sua opera fu solo inspirata ad alti sentimenti di civismo, di dedizione al dovere, di dignità scientifica e probità morale.

Della sua produzione scientifica vasta e complessa che mostra la poliedricità del suo spirito, l'eclettismo e la eccezionale coltura, non è possibile fare qui minuta, analitica esposizione, che tanto più ardua sarebbe in quanto che la sua opera — tutta permeata di senso clinico — appunto si svolge su argomenti squisitamente clinici di lor natura poco adatti ad essere sintetizzati. Siano però almeno menzionati i contributi sulla isteria maschile, la sifilide epatica e i tumori primitivi del fegato, le setticemie criptogenetiche, e l'endocardite gonococcica, l'emiatrofia della lingua e la terapia del tetano, nonchè quelli sulla spondilosi rizomelica, l'iperleucocitosi digestiva; il bilancio dell'azoto nell'anemia e la dermato e neuro-miosite, questa da lui trattata monograficamente.

Nè meno importanti sono gli studi sull'interruzione della gravidanza nelle malattie infettive, la poliartrite luetica, il morbo di Froelich, le emorragie meningee, nel quale argomento portò ordine e nozioni nuove, e tutta la serie di studi e pubblicazioni sull'encefalite epidemica, su di alcune particolari forme di glicosuria e sull'insulinoterapia, sull'ulcera duodenale, nonchè le indagini sul polso giugulare come segno di aneurisma dell'arco aortico, sull'anchilostomiasi e sull'echinococcosi e sue razioni biologiche, ecc. ecc. e molti altri ancora, benchè basti questa sommaria citazione a mostrare la messe enorme di argomenti clinici nei quali Vittorio Ascoli si è cimentato sempre portando positivo contributo di fatti, obbiettiva esattezza nella loro interpretazione e molto spesso originalità di vedute. Sì che come per peculiare ed eccezionale intuito di percezione selettiva a servizio di una rigida e sottile logica dialettica, potè talora trarre insospettate deduzioni e trasparenti chiarificazioni da contingenze e problemi per altri rimasti opachi ed oscuri.

Importanti sopra tutto sono poi i gruppi di lavori sulla patologia del ricambio e sulla tubercolosi e fra questi gli studi sul passaggio del bacillo tubercolare attraverso la placenta, sulle siero-reazioni nella tubercolosi, sulle alterazioni anatomiche e funzionali del fegato nei malati di tubercolosi polmonare e sui più vari problemi di cura e spedalizzazione dei tubercolotici. Ma è in ispecie allo studio del problema della malaria che Vittorio Ascoli ha dedicato gran parte della sua instancabile operosità con lunghe indagini feconde di risultati importanti e concreti e che egli iniziava in un periodo in cui le nuove scoperte sull'agente eziologico e il suo ciclo vitale venivano a sconvolgere i classici concetti. Nè solo considerò la malaria con l'occhio del medico o la lente del biologo; ma altresì affrontò le questioni connesse al risanamento agricolo delle zone colpite e — spirito sintetico — abbracciò fin dall'inizio tutti i lati dell'angoscioso problema nella sua portata scientifica, sociale, economica ed umana.

Egli formula e sviluppa il concetto che il fattore epidemico della malaria sia in gran parte rappresentato dalle recidive. E per la febbre detta terzana maligna o tropicale è sua l'interpretazione ch'essa sia una terzana doppia subentrante. Nega l'esistenza di una quotidiana indipendente ed è di particolare importanza il rilievo che le due terzane nascano doppie e diano manifestazioni complesse e irregolari. E a lungo discutendo la genesi della regolarizzazione degli accessi finisce per interpretarla come il risultato di immunizzazione relativa.

E dà una interpretazione nuova della febbre considerandola effetto primo della distruzione dei merozoiti, ma subordinata alla capacità di essa a determinare una crisi emolitica e in genere alla suscettibilità individuale. E con squisito e preciso senso clinico ben differenziandole, studia le manifestazioni da malaria e in malarici, nonchè la cachessia e le più diverse associazioni, e suc-

cessioni, svolgendo il concetto generico di successione morbosa sotto punti di vista personali. Ed ha interessanti studi sul pigmento malarico che per la prima volta isola in gran copia allo stato di purezza, dimostrando in modo inconfutabile essere niente altro che ematina; e classici contributi porta alla conoscenza della emoglobinuria con speciale riguardo alla cura con la cinconina anche occupandosi in dettagliate relazioni dei più recenti metodi di terapia.

Ricerche importantissime si devono infatti a lui e alla sua scuola sulla chinina e alcaloidi secondari della china; e la specificità unica del rimedio egli con fede incrollabile difese anche in alti consessi (come il Consiglio Superiore di Sanità Pubblica) quando da varie parti si tentava l'introduzione di altri farmaci e metodi la cui fama ingiustificata egli sfatò a protezione dell'unica cura razionale, specifica, sicura.

E tutto concentra nel suo grande trattato « La Malaria », sintesi di un venticinquennio di studio e di lavoro, magistrale, completa opera poderosa che raccoglie e riordina tanta somma di contributi originali e ne valorizza i personali punti di vista, e nella quale la malaria nella biologia dell'ematozoo, negli intimi processi che suscita nell'organismo, nelle molteplici localizzazioni e proteiformi quadri morbosi, nella varia resistenza al rimedio specifico, nelle recidive, nei postumi, nella distribuzione endemica, in tutto il suo complesso biologico, clinico, epidemiologico e sociale è illustrata in maniera completa e forma precisa, con profonda conoscenza di studioso e passione di apostolo.

Con tale corredo di studi e così alta particolare autorità e competenza che, universalmente riconosciute, gli avevano procurata sicura fama e notorietà di malariologo insigne, era ben naturale che egli fosse designato fondatore e primo direttore della Scuola Superiore di Malariologia sorta per volontà del Duce e che non poteva mancare in Italia e in Roma ove sì nelle malinconiche piane della Maremma e nelle tragiche paludi dell'agro pontino erano tanto flagello, desolazione e miseria, ma da dove altresì tanta luce di meravigliose conquiste era irradiata chiarificatrice e benefica per opera di uomini come Torti, Marchiafava, Celli, Grassi, Golgi, Bignami, Dionisi, Ascoli, Sanarelli, Bastianelli, ecc., nomi che è onore della scienza italiana qui ricordare.

E la scuola per tal modo non fu soltanto un Istituto di perfezionamento per medici, ma bensì un ambiente di studi ove potesse avere esecuzione ogni ricerca ed indagine che al problema della malaria avesse diretta o indiretta attinenza.

Questioni quindi non soltanto di clinica o di biologia della malaria, ma anche studi di geografia, etnografia, zootecnica, di botanica e zoologia, questioni medico-legali e pedagogiche, mezzi di lotta antimalarica e profilassi, problemi tecnici sulla bonifica e coltivazione della terra, ecc., tutto è compreso nel programma della Scuola che Vittorio Ascoli portò così in pochi anni alla più alta efficienza e rendimento per vastità coordinata dei programmi, in grazia ad una organizzazione sapiente, alla sua propulsione fervidamente appassionata e alla sua totale dedizione per opere, come questa, a largo sviluppo nonchè scientifico, pratico, umanitario e sociale.

L'importanza assunta dalla Scuola di Roma, e la vasta opera da Lui svolta nel campo della malaria avevano del resto il crisma del più solenne riconoscimento ufficiale, quando recentemente la Società delle Nazioni nominava Vittorio Ascoli Presidente della Commissione Internazionale per il paludismo, posto che purtroppo la sua fine immatura gli impediva di assumere e di coprire.

Un còmpito dei più attivi anche svolse nel campo del giornalismo valorizzandone con alta coscienziosità l'importanza sociale in quanto è diretto ad accrescere l'influenza del medico a vantaggio della collettività. Così, nella direzione-redazione del « Policlinico » per circa un trentennio diede opera alacre, illuminata e coraggiosa attuandola con criteri definiti che dettero la misura delle sue qualità di giornalista e crearono il grande successo del periodico.

Mantenendo la più assoluta obbiettività, evitando settarismi scientifici e dominii di scuole, riusciva infatti a conferire al « Policlinico » il prestigio di essere palestra aperta a tutte le idee. Le varie cariche coperte, fra le quali quella di Presidente della Federazione medica latina, segnano il riconoscimento dell'alto posto da lui raggiunto nella stampa medica internazionale.

* * *

Nel voto col quale nel giugno '917 la Facoltà medica di Roma chiamava Vittorio Ascoli a succedere a Guido Baccelli, anche lo invitava a organizzare modernamente l'Istituto. E così fu: in soli cinque anni di intenso ed appassionato lavoro egli riordinò dalle basi ed attrezzò la Clinica, costruendo i più essenziali laboratori, mettendola in piena efficienza scientifica, stabilendo e coordinando tutti i vari servizi, sì che in breve la Clinica Medica di Roma sotto la sua guida animatrice e tenace diventava un modello di organizzazione moderna e sapiente.

Vittorio Ascoli non segnò nella medicina un indirizzo strettamente personale e non fu un innovatore. Non già però che non fosse consono al suo ingegno e alla sua forma di approfondire problemi, pertinacemente a lungo lavorando in una determinata direzione, che anzi quanto proprio ora fu detto per il problema della malaria ad es., documenta nel modo più brillante e positivo la sua grande attitudine a far progredire gli studi in profondità. Ritenne egli invece còmpito meno brillante ma più concretamente utile armonizzare il suo personale indirizzo con quella che giustamente a lui sembrava la miglior corrente e la più sicura direzione per l'orientamento clinico degli studi, onde rettificò le tendenze di scuole divergenti, si oppose a sbandamenti e ad esagerazioni e ricondusse alla classica linea clinica tradizionale ricercatori e indirizzi che troppo si allontanavano dalla strada maestra.

Sorto in un'epoca nella quale era più facile conseguire nozione di fatti nuovi e penetrare i vari misteri onde la natura si ammanta, attraverso le nuove vie e i nuovi indirizzi e in ispecie spostando l'asse della propria attività dalle sale cliniche, al laboratorio (come per talune pur grandi scuole cliniche, sopratutto estere, era avvenuto) egli non subì deviazioni, ma clinico di razza, in uno coi grandi Maestri clinici dell'epoca, impedì sbandamenti, e fu prezioso custode e difensore della bella e limpida tradizione clinica italiana pur armonizzandola con le moderne scientifiche esigenze. Onde, pur assimilando le nuove indagini, affermando i nuovi veri, sospingendo i propri allievi nelle varie direzioni di studio perchè ognuno nella propria sfera d'azione nuove luci cercasse, Egli, clinico medico generale, tale squisitamente rimase, sintetico, comprensivo, pronto a discutere e dissertare dei vari problemi di fisiopatologia che la clinica suscita, ma per tornare alla sintesi clinica e alla sua pratica applicazione.

D'onde altresì il tipo delle sue lezioni. In queste talora — è vero — amava dettare la grande lezione che mostrasse a quali altezze la Clinica può salire; ma in genere, consapevole che la grande lezione è spesso più di intimo egoistico compiacimento per l'insegnante che di pratica utilità per chi ascolta, prediligeva lo stile e il tipo semplice e piano; ben lontano dal ricercare i facili successi dell'oratoria brillante rifuggiva anzi da ogni artifizio retorico, così come di proposito evitava le aride elucubrazioni e divagazioni puramente teoriche o dottrinali.

E poichè sopratutto si proponeva che le sue parole si incidessero chiare, limpide, semplici nella mente degli studenti, che una logica rigorosa li aiutasse a ritenere ragionamenti e considerazioni, che il malato fosse veramente il punto focale della lezione e che ogni caso clinico fosse in tutti i suoi particolari analitici e nel giudizio sintetico approfondito e per così dire notomizzato, riuscì didatticamente quanto mai limpido ed efficace.

E per vero: chiaro dialettico e acuto osservatore, logico e serrato ragionatore, esponeva e commentava la casistica clinica con limpida chiarezza, ordinato metodismo e logica armoniosa accessibile a tutti. L'insegnamento clinico fu per tal modo la sua vera predilezione, tanto che moltissimo del suo tempo appunto era dedicato a la minuziosa preparazione delle lezioni che furono ad un tempo costante e quasi assillante preoccupazione e ragione di grande compiacimento. Per ciò dai suoi scolari fu sempre adorato e fece di essi allievi eccellenti.

Ma pur aderendo così strettamente al malato, pur approfondendo con tanto convincimento l'indagine della personalità, tuttavia Vittorio Ascoli non accettava senza qualche riserva le leggi e gli indirizzi della dottrina costituzionalista. Nella sua prolusione di Pavia (*Il metodo e l'ufficio dell'insegnamento della Patologia Medica*) Egli chiaramente e specificamente così si esprimeva: « La determinazione dell'individualità dal punto di vista morfologico e dal punto di vista dinamico, la valutazione cioè dell'equazione personale nell'esame di un soggetto morboso mi pare l'indirizzo vero della patologia umana come quello che sintetizza le grandi tradizioni storiche e deriva dalla patologia comparata. Lo studio dell'individualità adottando anch'esso metodi biologici entra così per una via scientifica ».

Ma in una sua memorabile orazione sul nosografismo scientifico nella Clinica Medica di Roma, pronunciata in occasione di onoranze a lui rese alla fine del primo decennio della sua direzione e che io considero come il suo più genuino testamento scientifico, formulato in piena maturità ed esperienza clinica, specifica il suo punto di vista e prende posizione netta.

Non tanto perchè nella valutazione del processo morboso come resultante dalla cooperazione dei due fattori variabili: il germe nella virulenza e l'individuo nella recettività, dichiara di dare maggior valore al primo, quanto di fronte al concetto dell'unicità dell'organismo così com'è concepita dai costituzionalisti che definiscono la malattia come una deviazione della vita normale e come una alterazione dell'intero organismo, e cioè di un tutto inscindibile.

« Le differenze cominciano — Egli scrive — quando si vuol stabilire quale dei meccanismi prevalga, quale abbia la funzione direttiva o almeno coordinatrice. Se nell'odierna esaltazione dell'endocrinologia alcuni ammettono che elemento fondamentale e dominante della unità sia il complesso delle attività ormoniche, per altri l'unità risiede essenzialmente nei centri nervosi, per le influenze della psiche sulla vita organica, per l'azione di alcuni centri sopra singole funzioni della vita vegetativa, per la multiforme coordinazione dei movimenti riflessi, i quali dalle semplici contrazioni muscolari vanno ai fenomeni, alle manifestazioni degli istinti. La risultante dei fattori ormonici può far variare l'entità dirò meglio la tonalità, della direzione nervosa; non può riassumerla, nè comprenderla. Io accetto nettamente questo secondo modo d'intendere l'unità dell'organismo.

« Similmente riconosco come concetto fondamentale per la clinica che le alterazioni d'un organo dànno la malattia, quando rendono abnorme la vita dell'intero soggetto; ma non ritengo perciò nè logico nè conforme ai fatti negare significato alle lesioni anatomo-patologiche. Infatti non manca quasi mai nella malattia un processo anatomico localizzato, anche quando si tratti di malattie generali infettive o di profondi disturbi nutritivi. I disturbi funzionali propri della malattia sono l'esponente delle lesioni organiche, così come la sede e la qualità delle lesioni anatomiche sono per lo più espressione diretta e specifica della causa patogenica. Se si deve riconoscere che l'anatomia patologica ci fa constatare soltanto le lesioni organiche definitive, è giocoforza eziandio ammettere che insegna le fasi che il processo percorre per raggiungerle. La determinazione clinica del processo anatomico, vale a dire semeiologico fisico ci mantiene legati alla realtà

e ci devia dalle fantasticherie ideologiche, e anzi, secondo me, la base e l'orientamento d'ogni diagnosi ».

Il che non toglie naturalmente che si debba prender punto di partenza dall'individualità e che la « costituzione ereditaria sia il fondamento essenziale del destino dell'individuo » lo studio del quale è oggi tanto molteplicemente complesso. Dal che lumeggia la figura e l'essenza della clinica: « Il clinico medico — egli scrive — deve avere presenti tutti i dati anamnestici e obbiettivi, dare a ognuno il significato che merita, stabilire la gerarchia tra di essi: utilizzare quelli che risultano utili e convergenti verso un giudizio; ecco la traccia del lavorìo che porta alla diagnosi.

In questo lavorìo diagnostico entrano come elementi fondamentali il tecnicismo dell'esame del malato: la coltura che ha insegnato il valore dei sintomi e ha raccolto nella memoria un certo numero di quadri morbosi; l'immaginativa che rievoca dalla memoria i quadri affini; la logica che sovrasta a ognuna delle suddette operazioni mentali. Il sentimento di umanità dà vita al giudizio finale.

Tutte queste operazioni non si compiono isolate nello spirito del clinico medico; si fondono nella sua mente in una visione d'insieme, in cui l'unità dell'individuo sofferente si ricompone e balza viva dalla coscienza del clinico. La formulazione della diagnosi rispecchia l'impressione che il soggetto infermo ha destato nell'animo del clinico. Tale la funzione della clinica medica: fondere tutti i dati della vita d'un uomo, scrutarli nell'insieme in un giudizio che rappresenti il presente, preveda il domani e indichi come modificarne il decorso ».

Solo così, citando testualmente le sue parole potevo rendere con precisione l'altezza e la nobiltà di pensiero, il senso religioso, direi, col quale Vittorio Ascoli considerava la missione della Clinica Medica. E questo spiega l'intransigente rigorismo del senso del dovere, l'incontentabile fervore e l'instancabile spirito di organizzazione.

È noto contro quali difficoltà materiali ebbe fin dall'inizio ad urtarsi (eravamo ancora in pieno conflitto mondiale) per dotare la clinica di attrezzatura moderna. Ma le difficoltà superate non contano: contano solo i resultati per i quali sotto la sua direzione la Clinica Medica è diventata un potente completo e complesso strumento di lavoro, un'armonia viva di uomini e di mezzi, quell'armonia — scrive un suo allievo — che, permeando tutti dal capo ai collaboratori e tutti facendo cooperare in un identico miraggio, con le stesse idealità e passionalità di lavoro, forma, crea e realizza la Scuola.

E qui, come per comandamento del suo spirito, non posso non correre col pensiero ed evocare la schiera dei valorosissimi allievi, assistenti e collaboratori, proff. Sabatini, Pontano, Alessandrini, Marcora, Ciuffini, Silvestri, ed altri suoi figli prediletti dello spirito e del cuore, che Vittorio Ascoli si è creati intorno e che sulla cattedra, nei primariati, nell'assistentato o nell'esercizio professionale altamente onorano la Scuola romana e il Maestro e che sono qui fra noi e con noi nella commossa rievocazione ed esaltazione.

Poichè oltre che istruire, sospingere, educare, sopra tutto seppe amare e farsi amare per un senso di bontà e umanità cui tutta la sua vita fu nobilmente informata. Sì che lo vediamo ansioso sempre della perfetta assistenza fisica e morale degli infermi, d'onde il senso di bontà ed umanità che nella clinica aleggia.

Mai trascurava nel giudizio clinico l'indagine psicologica: profondamente umano, pieno di comprensione per le umane debolezze, le miserie, le deviazioni psichiche e morali, sempre desiderò che anche gli allievi considerassero nel malato non l'interessante problema clinico soltanto, ma sentissero la creatura sofferente, e l'inscindibile partecipazione psichica ad ogni male fisico, e largamente valutassero le influenze che l'ambiente famigliare e sociale, le condizioni economiche, l'educazione, esercitano nella genesi dei mali del corpo e dello spirito. Per questo Egli fu un grande consolatore che nobilmente e disinteressatamente prodigò l'opera sua. Preoccupato del problema dell'assistenza agli infermi, sviluppò una serie di provvidenze e previdenze: così, onde rendere ai malati più accetta, meno triste e meno dissimile dall'ambiente famigliare la permanenza nel luogo di dolore, istituisce nella Clinica sale di soggiorno ove i convalescenti o i malati lievi passan la giornata lontani dai più gravi con reciproco vantaggio degli uni e degli altri; e fonda la scuola-convitto per infermiere, onde elevare il personale ad un livello morale e intellettuale superiore e poterlo ben selezionare e preparare a la missione sua che esige, oltre che idonee cognizioni tecniche, anche, e sopratutto speciali disposizioni morali e spirituali. « La clinica medica moderna — Egli scrive — o sarà maestra ai medici nell'arte nobile e fine di assistere gli infermi, o fallirà ai fini che il sentimento e le leggi le hanno assegnato. L'assistenza degli infermi così intesa è fusione di mezzi e fusione di sentimenti ».

Ed è con questa onda calda di solidarietà umana che Egli armonizza opere di scienza e di bontà e interviene spesso in favore della classe medica ma non meno a tutela degli ammalati.

Sentì fra i primi la santità e necessità di quella lotta antitubercolare che più tardi per illuminato e deciso volere del Duce, delle nuove leggi e del nuovo spirito doveva raccogliere e conseguire tanto consenso di iniziative e così fattiva realizzazione. Onde, presidente del Comitato romano per la lotta contro la tubercolosi, prima ancora dell'istituzione dei consorzi antitubercolari, fonda una scuola all'aperto e una colonia marina a Civitavecchia, alle quali personalmente attende, concorrendo anche con contributi personali e che cede poi al Consorzio antitubercolare, pur continuando a seguirle.

E apprende ai medici la bellezza della legge del dovere e del sacrificio e scrive: « come il poeta anima le parole e lo scultore dà vita alla creta, noi diamo una coscienza medica ai medici e la stessa onda di compiacimento ci pervade, lo stesso fulgore di ideale ci guida ».

La sua vita è veramente un apostolato ed una missione: animato da profondo amore di patria e di dedizione alla cosa pubblica, Egli ebbe anche nel periodo di guerra grandi benemerenze come consulente medico di armata e come incaricato della sovraintendenza della malaria nelle retrovie, opera che ben completò dopo la pace svolgendo in modo perfetto l'opera di assistenza e cura dei malarici di guerra. Così come quale consulente capo dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni portò largo contributo di attività personale ai problemi di previdenza, sopratutto stabilendo che potessero usufruire dei benifici della previdenza anche talune categorie di minorati. E, geloso custode della grandezza nazionale e del patrimonio scientifico e ideale del nostro Paese, arde di fiamma di sacrificio e di bontà.

« Per coloro che intendono esercitare la medicina — Egli scrive — si richiede tanta penetrazione di sentimento, tanto spirito di abnegazione, tanto sacrificio di sè come nessuna religione richiede ai suoi sacerdoti ».

E fino all'ultimo, dal suo letto di dolore di altro non si curò che dei suoi e della sua Clinica e nell'ultimo suo scritto ha espressioni di profonda nostalgia per la Clinica che più non rivedrà, e per gli allievi a lui prediletti, e, pregandolo di farsi interprete presso gli assistenti tutti, rivolge parole di dolcissimo commiato al suo diletto primo aiuto e supplente prof. Silvestro Silvestri nelle cui mani sicure e fedeli la Clinica era, durante la sua malattia, così bene commessa.

In un discorso sull'« evoluzione dell'organismo umano » per l'inaugurazione dell'anno accademico '15-'16 a Pavia, dopo aver affermato che non muore chi ha trasmesso le sue forme, le sue energie, le sue tendenze ai discendenti, scrive: « la morte come non spegne il circuito della materia, così non sopprime la continuità spirituale delle anime: nessuna energia latente nella materia o estrinsecata nelle anime va perduta ». Per questo noi sentiamo Vittorio Ascoli vivo, presente, operante; vivo nelle opere che la sua passione ha create; presente nel profondo dei nostri cuori e nell'intimità del nostro spirito, operante nella Clinica e nella Scuola cui ha saputo infondere tanta vita, tanto impulso e tanta tradizione.

Vittorio Ascoli ha veramente e nobilmente ben meritato dalla Scienza e dalla Patria.

Raccogliamoci in rito austero in un minuto di silenzio e dedichiamolo alla sua venerata memoria.

Alla solenne cerimonia, che si è svolta nell'Aula della Clinica Medica, intervennero le più alte personalità sanitarie della capitale, una folla di medici e di estimatori, le persone della famiglia del compianto prof. Ascoli.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica Bresciana.

Seduta del 23 giugno 1931.

Presidente. Prof. U. BARATOZZI.

Il dott. PAOLO MAZZARDI espone *un caso di oftalmia metastatica con interessamento speciale della cornea in soggetto con osteomielite acuta del femore.*

Sieroprofilassi e sieroterapia delle peritoniti purulente.

Prof. A. PELLEGRINI. — L'O. illustra la sua esperienza sulla sieroprofilassi e sieroterapia della peritonite. Da parecchi anni, acquistata la fiducia sull'efficacia dei sieri antigangrenosi nella prevenzione e nella cura della gangrena gassosa (Pellegrini, *Riforma Medica*, 1926) ne estese l'applicazione ad altri processi: angina gangrenosa, gangrena del polmone, appendicite gangrenosa, peritonite, ecc.; i risultati furono complessivamente incoraggianti. Da circa un anno ha adottato sistematicamente la sieroprofilassi e la sieroterapia nella peritonite da appendicite o da perforazione del tubo digerente coi sieri anticolibacillari associati a quelli antigangrenosi. Non si può ancora dare un giudizio definitivo sul valore terapeutico di questi sieri nella peritonite. Il problema è della massima importanza e della maggior delicatezza.

L'O. ha avuto nei suoi casi l'impressione che la sieroterapia anticolibacillare e antigangrenosa esplichi un'azione favorevole: e se anche in definitiva le si dovrà riconoscere il valore di semplice terapia complementare di quella operatoria, rappresenterà pure una conquista non disprezzabile.

Il prof. A. PELLEGRINI riferisce *sopra alcune varianti nella tecnica della appendicectomia.*

Pielectasia intermittente in rene mobile con vaso anomalo.

Dott. V. GIONGO. — L'O. presenta un caso (operato dal proprio primario prof. Pignatti) di nefropessi e resezione del vaso. Aggiunge qualche considerazione sull'etiologia, i criterii diagnostici, la terapia.

Prostatici e prostatectomie.

Dott. P. SALVINI. — L'O. riferisce sopra alcuni casi da lui operati di prostatectomia. Due di essi si riferivano a individui giovani. Il primo di 49 anni, colto improvvisamente da ritenzione acuta e poi da fatti disurici: il riscontro rettale dava il reperto d'un tipico adenoma della prostata: ritenzione sui 120 cent. cubi: esami funzionali con risultati buoni. Prostatectomia ipogastrica in un sol tempo. Guarigione.

Il secondo caso riguardava un uomo di 48 anni, disurico con urine torbide: blenorragia pregressa: al riscontro rettale tipico adenoma prostatico. Esami funzionali buoni. Operazione in sol tempo. Guarigione.

L'O. si diffonde a parlare della prostatectomia ipogastrica che oramai è quasi generalmente adottata in confronto al metodo perineale. La mortalità operatoria è andata notevolmente diminuendo tanto che nella clinica del prof. Lasio si è avuto un periodo fortunato con cento operati senza

nessun decesso. Naturalmente tale statistica si riferisce ad un periodo eccezionalmente fortunato, ma la mortalità generale non supera il 4-5 %. Alcuni chirurghi (Giordano) sono ancora favorevoli alla prostatectomia perineale anche perchè l'operazione ipogastrica preparerebbe un *letto canceroso*: l'O. non riesce a comprendere la ragione di questo timore.

Il Segretario: Prof. M. FIAMBERTI.

Accademia Medica Pistoiese "Filippo Pacini,,

Seduta del 19 giugno 1931.

Presidente: Prof. CANTIERI.

Il servizio metereologico sanitario italiano.

Prof. ANDREA CORSINI. — Illustra il concetto, che i fenomeni atmosferici debbano avere una grande influenza sulla salute dell'uomo. Dopo le notizie storiche riguardanti Celso e la Scuola Salernitana rivendica a Roster lo studio dei rapporti tra i fenomeni atmosferici e patologici, igiene, agricoltura. Espone in generale l'influenza dei principali fenomeni atmosferici sull'organismo umano: temperatura, umidità, venti, elettricità atmosferica. Ricorda come di fronte all'empirismo di un tempo che portò al ciarlatanismo, stia oggi una base scientifica seria, che porta ad una fioritura di studi quanto mai complessa e interessante, e che l'O. enumera, tendente alla spiegazione di tanti fenomeni da tempo noti ma fino ad ora misteriosi. Illustra l'importanza del « Servizio meteorico sanitario » sorto al lido di Venezia sotto la direzione del prof. Ceresole e ne espone il funzionamento.

Seduta del 27 giugno 1931.

Presiede il prof. CANTIERI.

I periodi di reazione durante lo stato di malattia nella pratica del medico.

Dott. V. BACCI. — L'O., dopo aver fatto notare che lo stato di malattia esiste non solo in quanto nell'organismo colpito vi ha allontanamento dallo stato fisiologico idealmente perfetto, ma in quanto esso reagisce per il ritorno a queste condizioni di normalità, illustra la sintomatologia generica nonchè le caratteristiche che fanno distinguere per ogni decorso di malattia, sia acuta che cronica, varii periodi di reazione, che si susseguono regolarmente con le sole varianti di durata e di gravità determinate e dalla natura della malattia e dalle facoltà reazionali dell'organismo o dei singoli organi colpiti.

Afferma che sarà dalla esattezza con cui il medico col suo sapere, coadiuvato dalla esperienza, potrà individuare il periodo di reazione in cui si trova volta a volta il malato, che riuscirà a desumere il giudizio prognostico più sicuro e le indicazioni curative più appropriate.

Conclude che nella trattazione propedeutica di ogni quadro patologico per le deduzioni in ordine alla prognosi e alla terapia, si dovrebbe dar posto anche alle considerazioni in merito allo svolgimento dei varii periodi di reazione succedentisi colle uniche relative loro modalità di durata e di intensità.

L'autosieroterapia alla Gilbert e la iodotubercolina nella cura della pleurite essudativa tubercolare.

Dott. REBIZZI. — Riferisce di avere sottoposto 16 malati di pleurite essudativa tubercolare alla autosieroterapia alla Gilbert, alla quale ha fatto seguire iniezioni ipodermiche di iodo-tubercolina (sierosina). Ha avuto 14 successi e 2 resultati negativi.

Nella discussione che segue prende la parola il dott. MAGNI, direttore del Brefotrofio, per parlare di alcuni casi di empiema non tubercolare in bambini da lui trattati felicemente con il semplice svuotamento e la iniezione sotto cute di pus direttamente estratto dal cavo pleurico. Fa vedere un bambino così trattato e in via di guarigione.

Su di un caso di sodòku.

Dott. REBIZZI. — Riporta un caso di sodòku felicemente trattato col Neo I. C. I. e fa brevi considerazioni sulla sintomatologia, etiologia e cura di questa malattia.

Lo studio radiologico della mammella allo stato normale e patologico.

Dott. M. ROMAGNOLI. — Riferisce uno studio da poco iniziato e che attivamente prosegue, perchè già presume fecondo di buoni resultati, riguardante l'immagine radiologica della mammella allo stato normale e patologico. Fa vedere la trabecolatura quale si presenta in una mammella normale e quale in una mammella in allattamento, in caso di mastite, ecc. Ritiene che questo studio possa portare ad una diagnosi precoce del cancro della mammella.

Il Segretario: Dott. CAPECCHI.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Seduta del 6 maggio 1931.

Presidenza: Prof. C. PIERI, presidente.

Il dott. F. CUCCHINI fa una conferenza *su la topografia radiologica e controllo nella dolorabilità degli organi addominali.*

Alterazioni della funzione epatica in un caso di avvelenamento acuto da fosforo.

Dott. C. F. PERISSUTTI. — L'O. riferisce alcune osservazioni sul comportamento della funzione glicogenetica, biliare ed azotemica fatte in un caso di grave avvelenamento acuto da fosforo terminatosi con la morte, osservazioni di ordine clinico, corredate da opportuni esami di laboratorio e da ricerche anatomo-patologiche.

Nel caso riferito, essendosi verificata una alterazione epatica spinta al massimo grado, tale da avere portato la completa degenerazione e distruzione delle cellule del fegato, egli potè vedere confermati sull'uomo i risultati delle esperienze eseguite sugli animali, a favore ed a riprova di alcune moderne vedute sulla funzionalità epatica, specialmente riguardo alla produzione dell'urea extra-epatica e alla funzione biliare.

Toracoplastiche estese.

Prof. G. COLLE. — L'O. espone i risultati ottenuti in casi di estesa toracoresezione per tubercolosi polmonare dietro indicazione di un medico specializzato.

Su 24 ammalati operati ebbe due morti a distanza di meno di 2 mesi dall'intervento, 2 peggioramenti, 10 sensibili miglioramenti, 5 miglioramenti notevoli e 4 insperate guarigioni complete con scomparsa clinica delle lesioni e aumento del peso corporeo finō a 20 Kg.

Considera, dalla osservazione dei malati finora seguiti a distanza di più di 10 mesi dall'operazione, come più atte al trattamento chirurgico toracoplastico le forme con tendenza alla fibrosi dei focolai. Ha fatto precedere sovente, con beneficio, e crede perciò consigliabile, la frenico-exeresi.

Intervento per frattura inveterata della rotula.

Prof. G. PIERI. — L'O. presenta un paziente operato di frattura inveterata della rotula con processo personale, il cui principio è l'asportazione del frammento superiore della rotula utilizzando il rivestimento fibro-periosteo di esso per fissare al frammento inferiore l'inserzione del quadricipite.

Il paziente è un uomo di 43 anni, che aveva riportato nel dicembre 1930 una frattura rotulea trasversale; la diastasi tra i due frammenti era di un dito trasverso; egli fu operato il 26 marzo. A 40 giorni dalla operazione cammina speditamente, e il movimento di flessione del ginocchio, che era prima dell'operazione molto limitato (25 gradi), raggiunge ora l'ampiezza di un angolo retto.

Seduta del 3 giugno 1931.

Il dott. V. TANFERNA fa una conferenza *su le nuove teorie della fisica in rapporto ai progressi della medicina.*

Alcune esperienze col batteriofago.

Dott. O. BERTOLOTTI. — L'O. illustra 4 casi di infezioni acute trattate con iniezioni di microfagina stafilococcica polivalente dell'Istituto Sieroterapico Milanese. In un caso si trattava di una ferita residuale a nefrectomia che continuava a suppurare ostinatamente, nel secondo caso di una foruncolosi ostinata, nel terzo di un favo della regione glutea, nel quarto di un foruncolo del labbro superiore. In tutti si ottenne rapida guarigione dei focolai suppuranti.

Segue discussione.

Cura chirurgica delle complicazioni addominali del tifo.

Dott. G. BOMBI. — Durante gli ultimi 4 anni su 21 casi si ottennero 13 guarigioni e 8 morti.

I casi di perforazione intestinale furono 11, con 5 guarigioni: la bontà della prognosi è inversamente proporzionale all'ampiezza della perforazione e alla lunghezza del tempo decorso fra perforazione ed intervento.

Furono operati 6 casi di appendicite tifosa acuta, di cui 2 perforati, con 5 guarigioni e un esito letale.

Un paziente con colecistite tifosa perforata (sutura della perforazione, drenaggio del cavo peritoneale) decedette, mentre si ebbe guarigione in un caso di peritonite da perforazione tardiva di adenite tifosa del mesentere.

Alcuni malati di tifo possono presentare improvvisamente un quadro che richiama quello di una peritonite da perforazione (collasso con caduta del polso e della temperatura, meteorismo con dolore alla palpazione e difesa nel quadrante inferiore destro) senza che l'intervento dimostri lesioni peritonitiche. Due pazienti di questa categoria furono operati di laparotomia esplorativa ed ambedue guarirono.

Sulla cura delle gravi nevralgie del trigemino.

Prof. G. PIERI. — L'O. da alcuni anni usa esclusivamente la sezione della radice del ganglio di Gasser; egli ha praticato 6 interventi del genere e presenta 2 dei suoi operati. In tutti i casi si ottenne un pieno successo, nel senso che i malati superarono l'operazione senza complicazioni e guarirono completamente dai dolori.

Egli pratica la craniotomia temporale attraverso una incisione verticale; non fu sempre possibile legare l'arteria meningea media; in alcuni casi l'arteria si ruppe nello scollamento della dura, e un tamponamento temporaneo vinse agevolmente l'emorragia. L'apertura della loggia di Meckel permise sempre di sezionar la sola radice sensitiva rispettando la motoria. La ferita fu suturata totalmente in tutti i casi, tranne in uno nel quale una ostinata emorragia venosa costrinse a lasciare una strisciolina di garza che fu rimossa dopo 48 ore.

L'operazione apparve essere molto agevolata dall'uso delle spatole illuminanti per sollevare la dura e del bisturi angolare di Adson per la sezione della radice.

Il Segretario: Dott. G. LOCATELLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le congestioni epatiche attive.

Il trattamento comprende anzitutto l'igiene generale ed alimentare severa: niente vino od altro alcool durante la congestione e pochissimo in seguito. Fra i medicamenti, i lassativi sono preferibili; essi combattono la costipazione, sopprimono le diarree tossiche e stimolano l'attività del fegato e la secrezione biliare.

Fra quelli consigliati da R. Glénard (*Journ. des praticiens*, 14 aprile 1931) vi sono i seguenti: Citrato di sodio, Sale di Seignette, ana 50 grammi; un cucchiaino al mattino a digiuno, in mezzo bicchiere di acqua. Calomelano cg. 5; Lattosio cg. 50; Polvere di belladonna cg. uno; per una cart., da prendere al mattino a digiuno. Sono anche utili il boldo, il cloruro di magnesio.

I piccoli clisteri freddi agiscono come colagoghi. L'opoterapia epatica e biliare esercita un'azione stimolante sulle funzioni epatiche ed intestinali ed interviene nella digestione dei grassi.

Si danno degli estratti biliari cheratinizzati, da 10 cg. ad ogni pasto.

Nella forma acuta, s'impone il riposo in letto. Dieta idrica per 24 ore, poi latte scremato, bevande diuretiche, applicazioni di ventose scarificate sul fegato; istituire, se possibile, il trattamento etiologico.

Esistono inoltre delle forme latenti, in cui sono pure utili i lassativi e delle forme dolorose, che possono simulare la colica epatica; per quest'ultima, si applicheranno delle compresse calde locali e si faranno delle iniezioni sottocutanee nella zona dolorosa, di un centigrammo di cocaina (soluzione a 1 %).

Sono utili anche le consuete pozioni calmanti, come: Sciroppo di etere, Sciroppo di morfina, ana g. 40; Acqua di lauroceraso g. 4; un cucchiaino ogni mezz'ora. Oppure dei clisteri con X-XXX gocce di laudano.

Nelle congestioni passive, il trattamento sarà anzitutto causale (digitale, riposo in letto, regime latteo, ecc.).

Nei bambini in cui si hanno spesso, per qualsiasi causa, delle congestioni epatiche, si avrà sopratutto cura del regime alimentare, che sarà sobrio e senza vino nè alcool di sorta; educazione fisica, cure idrominerali. *fil.*

Atrofia del fegato da cincofene.

I preparati a base di cincofene possono provocare lesioni epatiche di varia gravità, fino alla morte. M. A. Rabinowitz (*Journ. amer. med. assoc.* 25 ott. 1930) ne cita diversi casi, alcuni dei quali mortali.

Il pericolo non può essere evitato mediante le piccole dosi, l'uso intermittente e l'aggiunta di notevoli quantità di bevande o di bicarbonato di sodio.

I primi sintomi di intossicazione consistono in: malessere, anoressia, nausea, vomito, disturbi digerenti, prurito, orticaria, albuminuria, dolore alla regione epatica, subittero, dolorabilità al fegato, aumento nella bilirubina del sangue, notevole urobilinuria, forte depressione del sistema vasomotore, porpora, esantema scarlattiniforme, edema, febbre.

Siccome il cincofene non è da considerarsi come specifico per l'artrite, la gotta, la miosite, la neurite o stati analoghi, esso non va usato che con precauzione e sotto controllo ed osservazione.

Tutti i preparati a base di cincofene dovrebbero essere venduti con l'indicazione del loro contenuto in tale sostanza.

È probabile che la causa della lesione epatica sia da ricercarsi nella sensibilizzazione proteica del fegato; ad ogni modo, sono desiderabili delle ricerche allo scopo di stabilire i fattori che entrano nella produzione di tali lesioni e sulla loro prevenzione.

Come è noto, il cincofene è l'acido 2-Fenil-chinolin-4-carbossilico ed entra a far parte dei preparati noti sotto il nome di atofan (e derivati) chinofan, leucotropina, irifan, tolisin, atochinol, ecc. *fil.*

Avvelenamento da Helvella esculenta e lesione del fegato.

L'avvelenamento da Helvella esculenta agisce, dice K. Lande (*Münchner med. Wochenschrift*, n. 38, 1930) prevalentemente sul fegato; il fungo contiene un veleno epatotropo. L'ittero che accompagna la malattia non è un ittero emolitico, bensì un ittero da lesione delle cellule epatiche nel senso di una atrofia acuta o subacuta del fegato. Per distruggere il veleno del fungo non basta bollire i funghi per due minuti; è bene bollirli a lungo in acqua e gettare poi completamente l'acqua in cui hanno bollito; è possibile che nonostante questi procedimenti il veleno rimanga ancora attivo, come è accaduto in un caso osservato dall'autore; o perchè il fungo si trovava in un periodo di maggiore velenosità o perchè il fegato dell'individuo che aveva mangiato i funghi era particolarmente sensibile a veleni epatotropi. R. POLLITZER.

Contributo clinico e sperimentale alla questione del deflusso della bile dal fegato.

F. Mandl e T. Rissak (*Deut. Zeit. Chir.*, 1930) ricordano la gravità dei sintomi che si riscontrano nei pazienti a cui sia chiuso completamente il deflusso della bile dai dotti, soprattutto quando ciò avviene per interventi chirurgici. Mentre la via migliore è quella di ristabi-

lire la perdita dei dotti, con varii processi ben noti fra cui quello — nei casi meno favorevoli — di anastomosare il duodeno all'epatico all'origine o ai due tronchi principali dell'epatico, gli AA. riportano i risultati ottenuti col metodo di Heyrowsky, che consiste nel raggiungere un dotto biliare principale con un trequarti curvo infuso dalla cupola epatica e munirlo di un raccordo di gomma che si fa uscire dalla ferita addominale.

È dimostrato come il dotto epatico si dilata e può divenire capace di provvedere al deflusso della bile.

Tale metodo è però sempre un'« ultima ratio » e non scevro di gravi pericoli.

V. GHIRON.

Un'anormale formazione peritoneale come causa di occlusione delle vie biliari e stenosi duodenale intermittente.

G. E. Konjetzny (*Dsch. z. Chir.*, 1930) riporta alcuni casi suoi ed altri della letteratura in cui esisteva un'anormale formazione legamentosa costituita da una plica peritoneale che dal fegato e dalla cistifellea si impiantava sul colon. A causa di questa i pazienti avevano coliche epatiche o disturbi a carico del duodeno per cui furono operati come calcolosi biliare o stenosi duodenale da ulcera. La semplice sezione di tale legamento fu sufficiente nella maggior parte dei casi a far scomparire i disturbi. Secondo l'A. la colecistectomia che fu talvolta praticata sarebbe superflua.

V. GHIRON.

Le emorragie digestive nella litiasi biliare.

Le emorragie digestive nella litiasi biliare possono provenire da un'ulcera concomitante dello stomaco o del duodeno; casi di tal genere sono stati osservati da Loeper e S. de Sèze (*La science méd. prat.*, 1 febbr. 1931). In due di tali casi, si aveva una grossa milza che, in uno di essi, ritornò allo stato normale dopo l'emorragia. Ciò indica che tali emorragie possono essere connesse con un aumento di tensione nel sistema portale.

Altri autori hanno invocato il meccanismo della trombosi portale, specialmente per le ematemesi postoperatorie osservate dopo interventi sulle vie biliari. Le manovre in ambiente settico e particolarmente i traumatismi e le allacciature dell'epiploon finirebbero col provocare la formazione di una trombosi portale. Tale causa può essere invocata nel caso di un'infezione biliare e, di fatto, non è raro il vedere delle emorragie importanti in occasione di un attacco di colecistite.

Gli AA. annettono grande importanza alla milza; si osservano, di fatto, delle emorragie digestive nel corso di alcune splenomegalie di origine digestiva. L'attacco di ipertensione portale sarebbe, quindi, la conseguenza e non la causa dell'ingorgo splenico. *fil.*

Le ulcere della cistifellea.

Junghans (*Dtch. Zeit. Chir.*, 1930) ricorda come non sia rarissimo il caso di ulcerazioni della parete della cistifellea, causa di emorragie lente e prolungate, in cui il sangue dal coledoco, versandosi nel duodeno, dà melene notevoli. In genere si tratta di calcolosi epatiche, ma sembra possano formarsi tali ulcere anche per semplice colecistite non calcolosa.

Certo è che per la localizzazione dei dolori e i disturbi che sono sempre concomitanti, possono con la presenza della melena mostrare il quadro dell'ulcera duodenale e come tali giungere al tavolo operatorio, mentre il tubo gastro-enterico è normale.

Una colecistectomia avrà ragione facilmente dell'entità morbosa. V. GHIRON.

L'olio d'uliva " per os „ in terapia.

La terapia di alcune affezioni organiche, specialmente epato-biliari, con l'olio di uliva rimonta a parecchi anni fa. M. Chiray (*Presse Méd.*, n. 88, nov. 1930) riferisce l'uso dell'olio di uliva nelle diverse malattie.

1) Nella *litiasi biliare* l'olio d'uliva è stato usato fin dall'antichità. Dapprima si pensava che potesse agire dissolvendo i calcoli; ma tale opinione fu dimostrata erronea dalle successive ricerche. L'assorbimento dell'olio provoca un aumento della secrezione biliare, con aumento del contenuto grassoso della bile; questo fatto avviene per un passaggio diretto dall'intestino al fegato dei grassi alimentari, attraverso la vena porta, e successiva fissazione da parte delle cellule epatiche. Moderne ricerche fisiologiche hanno messo in evidenza un'altra azione dell'olio d'oliva: la stimolazione alle contrazioni vescicolari; sicchè l'olio d'oliva può essere considerato un colagogo completo, perchè agisce sulla cellula epatica, e sulla secrezione biliare. Si sa che i colagoghi sono divisi, secondo Brugsch e Horsters, in coleretici, eccitanti della secrezione biliare, e colecistocinetici, provocatori del deflusso biliare per l'eccitamento della contrazione vescicolare; queste due azioni si ritrovano nell'olio d'uliva.

Dal lato terapeutico, nella litiasi biliare, l'olio d'oliva si usa per:

a) diminuire lo stato doloroso sordo e costante, o ad attacchi intermittenti, che si ha nelle forme croniche, con pericolecistite. Con l'olio si mette in riposo il fegato e la vescichetta, si diminuiscono i concomitanti disturbi gastrici, si assicura un drenaggio biliare e la decongestione biliare del fegato.

Se ne ordina, per dieci giorni al mese, il mattino a digiuno, una mezz'ora prima della colezione, uno o due cucchiai da tavola puro o con aggiunta di succo di limone. Il succo di limone non serve solo a mascherare il cattivo sapore dell'olio, ma con la sua acidità favori-

sce l'apertura del piloro ed abbrevia la permanenza dell'olio nello stomaco;

b) favorire l'espulsione dei calcoli vescicolari o coledocici, più raramente. L'uso dell'olio in casi d'ittero da occlusione calcolosa deve essere sempre tentato, prima di affidare il paziente al chirurgo. La dose sarà la medesima ora riferita.

È opportuno ricordare che dopo un certo tempo dalla cura di olio si possono osservare nelle feci delle concrezioni, da non confondere con i calcoli; esse sono costituite dall'unione di grassi neutri ed acidi grassi, colorati in verde dalla biliverdina;

c) l'olio d'uliva combatte i disturbi che residuano alla colecistectomia.

2) Per il suo potere coleretico e colecistocinetico l'olio d'uliva trova la sua indicazione nelle altre affezioni della cistifellea, e cioè nella *colecistite non calcolosa*, e nella *colecistatonia*. Nella prima si somministra con le stesse modalità riferite, preferibile con la sonda, ed integra il drenaggio biliare ottenuto col metodo di Meltzer-Lyon.

La colecistatonia, su cui hanno richiamato l'attenzione diversi autori, è caratterizzata da una debolezza del tono e del potere contrattile della tunica muscolare colecistica. In clinica si presenta con una sintomatologia che rivela una vagotonia digestiva, una dispepsia biliare, a cui si aggiunge uno speciale tipo di emicrania.

Le altre ricerche (colecistografia, esame funzionale) mettono in evidenza la distensione e l'atonia della vescichetta biliare.

In questi casi l'olio d'uliva costituisce il rimedio eroico, usato quasi sempre con successo.

3) Nella terapia gastro-duodenale l'olio d'uliva è stato usato specialmente nell'*ipercloridria con* o *senza ulcera*, pare con risultati soddisfacenti. In tali affezioni l'olio agirebbe per un doppio meccanismo: motorio, aprendo lo sfintere pilorico, e favorendo il deflusso duodeno-gastrico; secretorio, inibendo la secrezione gastrica. Si usa somministrare in dose di 1-2 cucchiaini da caffè, mezz'ora prima dei pasti, e continuato per 15 giorni, tre settimane, salvo a riprenderlo ad intervalli.

4) L'olio d'uliva è stato consigliato inoltre nel diabete, nella tubercolosi, nella colica saturnina, alla dose d'un bicchiere al giorno.

L. CARUSI.

SEMEIOTICA.

La ritenzione ureica nel sangue. Tecnica di ricerca e significato semeiologico.

R. Arrigoni ed E. Giorgetti (*Diagnostica e tecnica di laboratorio*, 25 genn. 1931) dall'osservazioni di 51 determinazioni di controllo eseguite su ammalati di forme diverse, concludono che il metodo di Hench-Aldrich per la determinazione dell'urea nel sangue risponde molto bene. Bisogna però tener conto del fatto che le cifre con esso stabilite sono lievemente superiori a quelle ottenute con altri metodi più laboriosi, seppure più precisi.

Nei casi osservati gli AA. hanno riscontrato una perfetta rispondenza tra le leggi di Widal e lo svolgimento o l'esito della malattia, eccetto in un caso in cui questa rispondenza è mancata. Pur riconoscendo dunque alle leggi suddette un grande valore prognostico, esse non sono da accettare in modo assoluto.

Il regime iperclorurato provoca una diminuzione del tasso ureico del sangue, risultati opposti si hanno nelle diete ipoclorurate. Negli ammalati tenuti a regime ricco di cloruro di sodio, gli AA. hanno però osservato da un lato una caduta più o meno notevole dell'azotemia e dall'altra la comparsa di un complesso di disturbi, quali l'irrequietezza, la cefalea, ecc; o l'esacerbazione dei sintomi uremici già esistenti. In base a queste constatazioni gli AA. pensano che il cloruro di sodio favorisca la fissazione dell'urea da parte dei tessuti dell'organismo. Questo fatto non diminuisce però il valore prognotico dell'azotemia, poichè si tratta di lievi e transitorie oscillazioni.

C. TOSCANO.

La prova di Escudero per la diagnosi della gotta.

Caranegra (*Paris Médical.*, 2 maggio 1931) rileva che uno dei problemi più difficili che si presentano al medico davanti ad un malato articolare cronico è la determinazione della causa della malattia, e, malgrado le più minuziose investigazioni, spesso l'etiologia di un'artropatia resta ignorata.

La prova di Escudero per la diagnosi della gotta è basata sulle variazioni nella eliminazione delle purine esogene somministrate per via buccale a un malato che si suppone affetto di gotta, dopo un regime apurinico stretto della durata di 10-15 giorni per calcolare le purine endogene eliminate.

Il malato è sottoposto per 10-15 giorni ad un regime calorico sufficiente e strettamente apurinico. Si mantiene il regime apurinico fino a quando l'eliminazione per le urine delle purine endogene diviene regolare. Si fanno poi ingerire all'ammalato 100 gr. di estratto di carne di Armour che contengono 1 gr. di purine in acido urico.

Durante il giorno della somministrazione dell'estratto e durante i due giorni seguenti il malato è sottoposto ad un regime apurinico stretto. Si raccolgono durante questi tre giorni le urine e si dosano le purine eliminate che corrispondono alle purine endogene più le purine esogene dell'estratto di carne.

Un individuo non gottoso elimina tutte le purine ingerite nelle 24 ore dopo l'ingestione e qualche volta un po' più. Poichè l'analisi di 100 gr. di estratto di carne dimostra

la presenza di purine da gr. 0,8 a gr. 1,2, si considera come normale l'eliminazione nelle prime 24 ore del 70 % delle purine ingerite. I malati gottosi ritengono la maggior parte delle purine; essi eliminano solo il 35 % delle purine ingerite e in alcuni casi il 15 %. Qualche volta l'ingestione provoca un attacco acuto di gotta.

Altri malati non gottosi (febbrili, denutriti, epatici, arteriosclerotici, ecc.) eliminano solo il 50 % delle purine ingerite. Quando un malato elimina solo dal 35 al 50 % delle purine ingerite, è molto probabile che sia gottoso. C. TOSCANO.

MEDICINA SCIENTIFICA

Presenza di ultravirus nella tubercolosi cutanea e nel lupus eritematoso.

E. Tarantelli (*Arch. ital. di dermatologia, sifil. e vener.*, sett. 1930) ha ricercato la presenza dell'ultravirus tubercolare in filtrati ottenuti da cute affetta da tubercolosi verrucosa, da lupus volgare e da lupus eritematoso, per mezzo delle culture e della inoculazione nella cavia. Le culture hanno dato sempre esito negativo. Nelle cavie inoculate, si è avuto un quadro clinico pressochè uguale nelle varie forme di tubercolosi, senza alcuna particolarità imputabile all'ultravirus tubercolare. L'A. cita, a tale proposito, l'opinione di alcuni autori, secondo i quali tutto il quadro complessivo della tubercolosi, dal dimagrimento al marasma ed alla morte, si ottiene con le culture vive come con quelle morte.

Anche il quadro istologico riscontrato nelle cavie non era tale da autorizzare a mettere in rapporto le lievi alterazioni riscontrate con l'infezione da ultravirus; l'esame batteriologico ha dato sempre risultati negativi per forme bacillari o per granulazioni acido-resistenti.

D'altra parte, giustamente l'A. rileva che non si deve attribuire valore di certezza a reperti di qualche bacillo o granulazione isolata, senza reazioni istologiche a carattere progressivo.

Le prove tubercoliniche sono state tutte negative, mentre la positività della reazione di Vernes e di quella di Besredka ottenute in qualche caso non costituiscono una prova sufficiente per ritenere che dette cavie fossero infette da ultravirus.

Non è quindi dimostrata la presenza di ultravirus tubercolare nei filtrati di tessuto tubercolare cutaneo. *fil.*

Il virus varicello-zonatoso.

Lo zona è considerato, da tempo, da alcuni autori, come una febbre eruttiva; tale era l'opinione di Borsieri, alla fine del secolo XVIII, ribadita poi da Landouzy nel 1883.

Da numerose ricerche epidemiologiche e sperimentali risultava una grande affinità del virus della varicella con quello dello zona. Ma la dimostrazione della identità dei due virus si deve ad A. Netter ed A. Urbain (*Annales Institut Pasteur*, genn. 1931) i quali, mediante la deviazione del complemento, hanno potuto stabilire che il sangue degli individui affetti da varicella si comporta esattamente nello stesso modo con le croste dello zona che con quelle della varicella e che le croste di questa possono essere sostituite a quelle dello zona nelle prove a cui sono sottoposti gli individui affetti da zona.

La reazione di fissazione del complemento è stata quasi costante in tutti i tipi di zona, il che induce a ritenere che si tratti sempre di uno stesso virus, a cui gli AA. danno il nome di varicello-zonatoso.

Evidentemente, vi sono delle differenze fra i due. L'estrema contagiosità, la notevole diffusibilità del virus della varicella contrastano di molto con il contagio relativamente raro dello zona. La scarsa vitalità del virus della varicella lo differenzia sensibilmente da quella del virus zonatoso. Il varicelloso cessa di essere contagioso a partire dal 4° giorno dell'eruzione, mentre l'individuo sano può portare, per mesi ed anni, il virus dello zona.

Inoltre l'immunità della varicella non comporta che rare eccezioni, mentre le recidive dello zona non sono tanto rare e così pure la comparsa dello zona in individui che avevano avuto la varicella nell'infanzia.

Ma differenze dello stesso ordine, si hanno pure fra il vaiolo ed il vaccino, che pure hanno uno stipite comune, come lo dimostra anche per essi la reazione di fissazione.

Il virus varicello-zonatoso è pertanto suscettibile di mutazione come quello vaiuolo-vaccinale; le ricerche future potranno forse determinare i fattori che intervengono in tali mutazioni. *fil.*

RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO

La legislazione sulle acque minerali e sugli stabilimenti termali, idroterapici, ecc.

L'importanza sanitaria ed economica del nostro patrimonio idrominerale e delle nostre stazioni di cura termale, rende opportuno che l'ufficiale sanitario conosca, almeno sommariamente, le disposizioni di legge che disciplinano, dal punto di vista igienico, questa materia.

Il T. U. delle leggi sanitarie (art. 65) subordina all'autorizzazione prefettizia l'apertura e l'esercizio di stabilimenti balneari, idroterapici e termici, ed il Regolamento generale sanitario (art. 86 e 87) prescrive, per gli stabilimenti e per le stazioni climatiche alpine e marittime, l'obbligo di assicurare l'assistenza medica e di avere, come tutti gli stabilimenti sanitari in genere, un regolamento sul servizio igienico e sanitario da approvarsi dal Prefetto. L'art. 115 dello stesso regolamento sottopone a vigilanza igienica, colle norme da inserirsi nei regolamenti d'igiene, le acque gassose e minerali, naturali e artificiali; l'articolo 124 contiene le disposizioni fondamentali riguardanti le fonti delle acque minerali naturali, il modo col quale queste devono essere condizionate per passare al commercio, e la preparazione delle acque minerali o gassose artificiali.

Tali norme di massima sono state estese ed integrate col *regolamento approvato con R. decreto* 28 *settembre* 1919, *n.* 1924 e modificato con R. decreto 14 gennaio 1926, n. 125, per l'applicazione del Cap. IV (*acque minerali e stabilimenti termali ed affini*) dalla legge 16 luglio 1916 n. 947, (disposizioni varie per la sanità pubblica), nonchè dalle *istruzioni ministeriali* 20 *gennaio* 1927. La legislazione in materia è stata completata dal decreto ministeriale 12 ottobre 1926 che approva le tabelle dei laboratori ai quali possono essere affidate le analisi delle acque minerali.

La legge prescrive una speciale *autorizzazione ministeriale* per mettere in vendita acque minerali naturali o artificiali, nazionali od estere, ed un'*autorizzazione prefettizia* per aprire ed esercitare stabilimenti termali, di cure idroterapiche, fisiche ed affini. Il Ministero dell'Interno può dichiarare di pubblica utilità le opere per la utilizzazione di sorgenti di acque minerali. Come *acque minerali* sono definite quelle che vengono adoperate per le loro proprietà terapeutiche ed igieniche speciali, sia per la bibita, sia per altri usi curativi; non si considerano come tali le acque potabili, le acque gassose e le acque di seltz costituite da acqua potabile trattata con anidride carbonica, quelle preparate estemporaneamente per ricetta medica e i fanghi. Si ritiene *acqua minerale naturale* quella che si offre all'uso così come scaturisce dalla sorgente; non si intende modificato il carattere di acqua minerale naturale dalle operazioni seguenti: captazione, canalizzazione, elevazione meccanica, approvvigionamento in vasca, restituzione all'acqua dei gas della sorgente, decantazione di un'acqua nella quale il ferro non costituisca l'elemento terapeutico essenziale. Si considera come *artificiale* quella che viene offerta all'uso dopo esser stata sottoposta ad operazioni differenti da quelle sopraindicate. L'autorizzazione a mettere in commercio un'acqua minerale naturale deve esser richiesta al Ministero dell'Interno pel tramite della Prefettura. La relativa domanda occorre sia corredata da una complessa e molteplice documentazione, per i dettagli della quale rimandiamo al regolamento; fra gli altri documenti è prescritto anche il parere dell'ufficiale sanitario del Comune nel cui territorio si trova la sorgente. Analoga documentata domanda è prescritta per le acque minerali artificiali ed in questo caso il parere è dato dall'ufficiale sanitario del Comune in cui si effettua la preparazione, ed anche da quello del Comune da cui proviene l'acqua adoperata, se è diverso dal primo.

Stabilimenti termali, agli effetti di legge, sono considerati quelli in cui si utilizzano a scopo terapeutico: acque minerali, fanghi naturali o preparati artificialmente, muffe e simili, stufe naturali o artificiali. Si considerano come *stabilimenti idroterapici* quelli nei quali si fa uso di acqua comune a scopo terapeutico; come *stabilimenti di cure fisiche e affini* quelli in cui si pratica il massaggio, la cinesiterapia, la meccanoterapia, la radioterapia, la radiumterapia, la fototerapia, la termoterapia, l'elettroterapia, l'aeroterapia, l'elioterapia, le cure a base di regimi speciali dietetici e simili. Sono pure soggetti alle disposizioni di legge e di regolamento i reparti per cure termali, idroterapiche, fisiche e affini degli alberghi, delle pensioni e dei comuni stabilimenti di bagni. Anche la domanda per ottenere l'autorizzazione ad aprire ed esercitare tutti questi stabilimenti deve esser corredata, oltre che da altri documenti, dal parere dell'ufficiale sanitario.

A norma delle istruzioni ministeriali gli stabilimenti di acque minerali, termali, ecc., debbono avere dei regolamenti che ne disciplinano i vari servizi; quelli di acque minerali devono anche tenere apposita registrazione: delle portate delle sorgenti; dei frequentatori alle bibite; delle spedizioni; delle partite spedite ad istituti di beneficenza; delle riparazioni alle opere di presa, condutture, macchinari, ecc., delle analisi periodiche delle acque. Analoghi registri sono prescritti per gli stabilimenti di acque minerali artificiali. Gli stabilimenti ter-

mali ed affini debbono tenere i registri: delle precipitazioni atmosferiche; delle portate; dei frequentatori a pagamento e gratuiti; delle analisi: dei lavori di restauro, riparazione ecc.: registro dei clienti e dei trattamenti (per gli stabilimenti di cure fisiche). Tutti gli stabilimenti inoltre son tenuti ad avere un registro per le ispezioni ed uno per i reclami. È in facoltà del Prefetto di dispensare dalla tenuta di quei registri che apparissero superflui in relazione colle speciali caratteristiche dell'azienda.

La vigilanza sulle acque minerali e sugli stabilimenti termali ed affini è esercitata dai medici provinciali e dagli ufficiali sanitari, i quali hanno in qualunque momento libero accesso in qualsiasi parte degli stabilimenti, depositi, luoghi di smercio, il cui personale deve mettere a loro disposizione ed esibire i registri prescritti. L'autorità sanitaria, ai fini della tutela della pubblica igiene e dell'osservanza delle norme di legge, può disporre accertamenti, ispezioni, prelevamenti di campioni, ecc. È vietato modificare la zona di protezione di una sorgente di acqua minerale senza l'autorizzazione del Prefetto. Dei lavori di restauro alle opere di presa, ai macchinari, ecc. delle sorgenti di acque minerali, deve esser dato preventivo avviso al Prefetto ed al Podestà, i quali verranno anche informati del completamento dei lavori stessi.

Per le altre norme, molto minuziose, che riguardano le etichette dei recipienti contenenti le acque minerali, i depositi di queste, la preparazione e commercio dei sali estratti dalle acque, gli stabilimenti, ecc., rimandiamo al regolamento ed alle istruzioni ministeriali (1), i quali, nel loro insieme, costituiscono un complesso organico di provvedimenti legislativi che, da un lato, tutelano efficacemente l'industria delle acque minerali e degli stabilimenti di cura, e dall'altro disciplinano dal punto di vista igienico-sanitario, tanto la produzione ed il commercio delle acque minerali, quanto l'esercizio degli istituti di cure termali, idroterapiche, fisiche ed affini.

A. FRANCHETTI.

(1) Le disposizioni relative sono raccolte in un opuscolo edito nel 1927 dal Provveditorato generale dello Stato: « Disposizioni, istruzioni e circolari in materia sanitaria sulle acque minerali, e sugli Stabilimenti termali, ecc. ».

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. G. P. da P.:

Non sembra probabile che nel corrente anno vi siano concorsi per medico provinciale.

C.

VARIA.

I sinonimi di malaria.

La malaria è detta: *paludisme* in francese; *ague* in inglese; *chucho* in spagnolo; *sezões, sezonismo* in portoghese; *frigurile* in romeno; *zimnica* in polacco; *stridavá zimnice* in boemo; *frossa, skälfsot* in svedese; *porata* in scito; *sakit demam* in indù (sanscrito); *binh rét* in cocincinese; *mbu* in copto; *at* od *aat* in egiziano antico; *aeber* in ebraico antico; *anemopthoria* (aria viziata) in greco antico; *elonosia* in greco moderno; ecc.

Ormai, però, si è universalizzato il nome italiano di *malaria*.

Numerosi ne sono i sinonimi, tra cui specialmente usati sono quelli di *febbre palustre* e *febbre intermittente*, con i loro equivalenti di *Sumpfieber* e *Wechselfieber* in tedesco; *wexelfeber* e *anandagsfeber* in svedese; *tusschenpoozende koorts* in olandese; *elodeis piretoi, piretos eleiogenis* in greco moderno; ecc.

Il prof. J. P. Cardamatis, direttore della Scuola malariologica di Atene, propone ora (*Riv. di Malariologia*, marzo-aprile 1931) il nome di *plasmodiasi*, paragonabile ad amebiasi, schistosomiasi, ecc., da *Plasmodium*, agente infettivo; oppure quello di *febbre anofelinica*, da *Anopheles*, l'agente vettore. Sono scientificamente più corretti; ma non vediamo la necessità di sostituire il termine di malaria, che ormai tutti intendono. G. T.

Le zanzare e i colori.

Il dott. D. Brighenti (*Rivista di Malariologia*, maggio-giugno 1930), dell'Università di Bologna, ha potuto accertare che la zanzara nostrana vettrice di malaria (*Anopheles maculipennis*) dimostra decisa preferenza per due colori, il rosso e il violetto; in minor grado è attirata dal bleu e dal verde; il grigio si comporta come un colore del tutto indifferente.

Il cromotropismo delle zanzare malariche può essere applicato per richiamarle nelle stalle e sviarle dalle abitazioni umane (p. es. colorando le stalle in una tonalità rossa e le abitazioni in una tonalità grigia). A. P.

Studio dell'amebiasi umana mediante le immagini mobili.

J. V. Barrow in collaborazione con S. Woodard (*The Journ. of the Americ. Medic. Associat.* 17 gennaio 1931) ha applicato la cinematografia allo studio delle amebe con ingrandimenti che vanno da 10.000 ai 100.000 diametri. Lo studio è stato fatto sull'ameba coli e su quella della dissenteria. Essi ritengono che questa applicazione del cinematografo al microscopio possa essere utilissima per studiare i protozoi ed hano già intrapreso un lavoro su altri parassiti intestinali. R. LUSENA.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Centri per la diagnosi e la cura dei tumori.

Il Ministero dell'Interno — Direzione Generale della Sanità Pubblica — ha inviato ai Prefetti del Regno e alle autorità assimilate la seguente circolare:

Il Ministero ha già richiamata l'attenzione delle EE. LL. sulla necessità di sviluppare e controllare i servizi per la diagnosi e la cura dei tumori.

Molti servizi con tali finalità sono sorti per iniziativa della benemerita Lega per la lotta contro il cancro ed hanno assunto il nome di « Centri per la diagnosi e la cura dei tumori », altri sono stati costituiti da Istituti universitari o da Enti Ospitalieri, ma non sempre con concetti e direttive eguali.

Ora è necessario che tali servizi siano disciplinati in modo che, pur permettendone l'ulteriore incremento e completamento, rispondano ad alcuni postulati fondamentali, indispensabili perchè essi possano assolvere il loro compito principale che è quello della diagnosi precoce di tali malattie e del loro trattamento tempestivo.

Ente responsabile. — Dev'essere esattamente stabilito l'Ente di diritto pubblico che assume l'iniziativa del « Centro » da istituire, o la sua gestione se già esiste. Tale Ente potrà essere la Provincia a sensi dell'art. 8 del R. D. Legislativo 30 dicembre 1923, n. 2889, o il Comune capoluogo o un Ente Ospitaliero.

Con l'approvazione del Ministero dell'Interno potranno essere costituiti consorzi fra Provincie limitrofe, per la gestione dei predetti « Centri ».

A detti consorzi potranno anche partecipare altri Enti pubblici, quando siano a ciò autorizzati secondo le norme, alle quali sono soggetti.

Alle convenzioni che disciplineranno i rapporti fra i vari Enti saranno applicabili le disposizioni degli art. 10 e seguenti del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2839.

Sede del Centro. — I centri anticancerosi dovrebbero essere appoggiati a un grande Ospedale, sia che questo abbia l'esclusiva funzione del ricovero e della cura dei malati di tumore, sia che esso abbia il carattere di un Ospedale generale, attrezzato in modo da poter mettere in atto tutte le cure che dai competenti venissero indicate.

Naturalmente del « Centro » devono far parte ambulatori aperti al pubblico per la consultazione gratuita.

Direzione medica. — Ogni « Centro » dovrà avere un sanitario che oltre a coordinare i vari servizi di cui si dirà appresso, assuma la responsabilità dell'ordinato funzionamento.

Ogni singolo servizio potrà poi avere il proprio dirigente specializzato nel ramo, e i rapporti fra i singoli specialisti debbono essere organizzati in modo che la loro collaborazione, nell'esame e nel trattamento dei malati, sia continua e documentata.

Servizi tecnici. — I servizi tecnici fondamentali e indispensabili perchè un « Centro » possa adeguatamente corrispondere alle finalità, per cui si costituisce, sono i seguenti:

a) accertamento microscopico della diagnosi mediante la biopsia. In difetto di un proprio Laboratorio tale accertamento potrà essere fatto in un Istituto universitario o in altro Laboratorio esistente in sede, il cui personale dia garanzia di competenza nella istologia dei tumori.

L'accertamento dovrà essere gratuito per gli iscritti nell'elenco degli aventi diritto all'assistenza sanitaria gratuita, compensato per gli altri, in base a tariffa deliberata dall'Ente amministratore e approvata dal Prefetto sentito il Consiglio provinciale di sanità, qualora la richiesta di diagnosi sia presentata dal Podestà o dall'Ufficiale sanitario di un Comune, i quali accertino le disagiate condizioni dell'infermo;

b) cura chirurgica: L'Ente che gestisce il « Centro » potrà organizzare d'intesa con Cliniche od Ospedali un reparto ospitaliero specializzato per la cura dei tumori o convenzionare letti disposti in un reparto generico. Si dovrà in ogni caso tenere presente che per infermi con diagnosi di tumore maligno operabile il Ministero ravvisa le condizioni per il ricovero di urgenza in vista dell'esito letale sicuro qualora l'intervento chirurgico venga ritardato;

c) cura con mezzi fisici: Le cure gratuite od a tariffa convenzionata — mediante raggi X o preparati di radio — potranno essere eseguite ambulatoriamente o mediante degenza ospitaliera. In entrambi i casi, il trattamento degli infermi potrà essere eseguito in pubblici istituti sufficientemente attrezzati e autorizzati ad eseguire tali cure, con i quali l'Ente organizzatore comprovi di aver assunto le necessarie intese.

Archivio del « Centro ». — Esso raccoglierà tutte le storie dei malati raccolte nell'ambulatorio e nelle sezioni cliniche, corredate dei risultati delle ricerche diagnostiche e delle pratiche terapeutiche eseguite, e sarà organizzato in modo da poter, oltre che raccogliere naturalmente gli elementi per lo studio statistico dei tumori, seguire i malati dopo la loro uscita dal « Centro » in modo che non siano abbandonati a se stessi, tanto per eventuali cure ulteriori quanto per stabilire i risultati lontani, definitivi.

* * *

Costituitosi l'Ente del « Centro » e istituiti i servizi di cui sopra, il Prefetto farà procedere a sensi dell'art. 2 del Regolamento 6 dicembre 1923, n. 3112, ad una visita da parte del Medico provinciale per accertare se il « Centro » dispone di locali idonei, di attrezzamento scientifico adeguato, di personale specializzato giusta le norme suin-

dicate sì da corrispondere alle finalità che si prefigge. Copia della relazione del Medico provinciale dovrà essere comunicata al Ministero per opportuna notizia.

Nel caso che la visita riesca favorevole il Prefetto inviterà l'Ente amministratore del « Centro » a produrre per la prescritta approvazione il proprio Regolamento sul servizio sanitario, dopo di che rilascerà l'autorizzazione di cui all'art. 13 della legge 23 giugno 1927, n. 1070.

Autorizzato il funzionamento del « Centro » il Prefetto porterà a cognizione del Podestà la sua esistenza aggiungendo le notizie relative alle tariffe, al prelevamento e spedizione del materiale patologico, ecc., e raccomandando ai medici condotti di ricorrere ampiamente al « Centro » per il riconoscimento precoce dei tumori.

* * *

La lotta contro i tumori maligni richiede mezzi finanziari cospicui, ma questi non affluiranno, se prima non si provvede ad una organizzazione concreta, fattiva, razionale della lotta stessa. Il coordinare fra loro tutte le opere già esistenti e farle convergere, mediante un piano prestabilito, verso il trattamento tempestivo dei tumori significa fare un primo passo nella organizzazione della lotta di cui trattasi. Per raggiungere siffatto scopo, le cui alte finalità sociali e umanitarie non hanno bisogno di essere dimostrate, il Ministero confida nel vigile interessamento delle EE. LL.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BENETUTTI (*Sassari*). — Scad. 1 nov.; L. 9500 oltre c.-v. e L. 500 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.

BERCETO (*Parma*). — Scad. 22 ag.; 2ª cond.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 600 c.-v., L. 4000 cavalc.; deduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.10.

CATIGNANO (*Pescara*). — Scad. 20 sett.; L. 8000 e 4 quadrienni dec.; deduz. 12 %; L. 2400 trasp.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 1° lug.

CATANZARO. *Cassa Mutua Malattie Operai Edili ed Affini.* — Direttore sanitario; L. 1500 mensili nette; diaria L. 45 riducibile di 2/3 se rientra nella giornata e diritto di prima visita; nomina quinquennale rinnovabile; età lim. 50 a.; scad. 25 ag.; tassa L. 50,10. Rivolgersi Consiglio Amministrazione, piazza Roma.

CENE (*Bergamo*). — Scad. 31 ag., ore 18; L. 8000 e 5 quinquenni dec., c.-v., addizionali L. 2 e L. 5 per ciascun iscritto; per uff. san. L. 552, altre indennità; deduz. 12 %; età lim. 39 a.; tassa L. 50.10.

ENNA. *R. Prefettura.* — Per titoli. Ufficiale Sanitario nel Comune di Valguarnera. Stipendio annuo lordo L. 7000. Cinque aumenti quinquennali di L. 600 ciascuno. Documenti di rito. Scadenza 15 settembre. Per maggiori chiarimenti rivolgersi alla R. Prefettura di Enna.

FERTILIA (*Napoli*). — Al 15 ag.; L. 9500 oltre L. 1000 cavalc.; riduz. 12 %; c.-v.; serv. entro 15 gg.; tassa L. 50,10; età lim. 40 a.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stab. Riuniti.*

Al 20 ag., direttore con residenza a Careggi; laurea da 10 anni, 3 anni con posti di ruolo in ospedali; studi scientifici e pratici applicati all'igiene generale e ospedaliera.

Al 31 ag., ore 12, tre assistenti per l'Ospedale Sanatorio di Careggi; età lim. 30 a.; L. 6400 decurtate del 12 %; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 25 lug.

Chiedere annunzi alla Segreteria.

FRASSINORO (*Modena*). — Scad. 20 sett.; 2ª cond.; L. 8000 aumentabili, oltre L. 2500 cavalc. e c.-v.; deduz. di legge; età lim. 35 a.

GENOVA. *Istituto di Studi Scientifico-Pratici sulla tubercolosi.* — Concorso per titoli a 4 posti di assistente volontario gratuito. Tutti i laureati in medicina e chirurgia possono concorrere. Rivolgere domanda in carta libera corredata dei certificati di laurea e di nascita, nonchè di eventuali titoli di studio, alla Segreteria dell'Istituto, via Balilla, 1. Scad. 15 ottobre.

GRAVELLONA LOMELLINA (*Pavia*). — A tutto 31 ag.; L. 12.000 e 5 quadrienni dec.; deduz. 12 %; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi dal 1° lug.; tassa L. 50.10.

IMPERIA. *Amministraz. Provinc.* — Scad. 20 sett.; direttore Sez. med., micrograf. Laborat. d'igiene e profilassi; L. 19.000 aumentabili a L. 25 000, oltre L. 5200 elevabili a L. 7000 indenn. servizio; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

MASSA-CARRARA. *Laborat. Prov. d'Igiene e Profilassi.* — Direttori della Sez. med.-micrograf. e della Sez. chimica; L. 15.000 e 10 bienni ventes., oltre c.-v., eventulam. partecipaz. 25 %; deduz. 12 %. Scad. ore 12 del 15 settembre. Chiedere annunzio alla Segreteria Gener. della Prov. in Massa.

MILANO. *Comune.* — È aperto il concorso per titoli e per esami al posto di Capo del Laboratorio Chimico Municipale, alle condizioni fissate dal vigente Regolamento generale ed organico per il personale del Comune. (Vedere le condizioni al precedente N. 31).

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Primario chirurgo capo guardia; L. 13.5000 e altre condizioni di organico; 5 anni di aiuto in grande ospedale e 8 di servizio ospedaliero; scad. ore 16 del 30 sett.; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 20 lug.; titoli ed esami; tassa L. 50, al Cassiere. Rivolgersi al Protocollo, via Ospedale 5.

MONTEFIORE CONCA (*Forlì*). — Al 20 ag., ore 12; L. 10.000 e 10 bienni ventes., oltre L. 2000 cavalc.; diminuz. 12 %; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 20 lug.

NAPOLI. *Stazione Zoologica.* — Assistente per la Fisiologia; L. 12.000 iniziali e 3 quadrienni di L. 2000, oltre indennità di carica da deliberarsi dal Consiglio d'Amministrazione, ed in linea provvisoria una indennità di carovita del 10 %; il tutto con detrazione del 12 %. Domande su carta libera non oltre giorni 45 dalla pubblicazione del presente avviso nel Bollettino del Ministero della Educazione Nazionale.

Rossana (*Cuneo*). — Scad. 15 ag.; L. 8340 oltre L. 500 uff. san., L. 1000 trasp.; deduz. 12 %; tassa L. 50.

Salle (*Pescara*). — Scad. 25 ag.; L. 10.000 ridotte 12 %, oltre L. 500 uff. san.

S. Paolo Albanese (*Potenza*). — Scad. 31 ag.; L 5896, già ridotte 12 %; 6 quadrienni di L. 491.30; età lim. 40 a.

Savona. *Regia Prefettura*. — Ufficiale sanitario del Comune di Vado Ligure; stipendio lorde lire 8000, oltre il caro viveri, con libertà di esercizio professionale. Documenti di rito: età lim. a. 45, per gli ex combattenti a. 50. Scadenza 15 settembre 1931. Indirizzare le domande alla R. Prefettura di Savona. Per informazioni rivolgersi al Comune di Vado Ligure.

Sozzago (*Novara*). — Scad. 30 sett.; L. 7040; rivolgersi segreteria.

Vado Ligure. — (Vedi Savona).

Valguarnera. — (V. Enna).

Varese. *Sanatorio Macchi*. — Scad. 25 ag. Medico interno; rivolgersi Congregaz. di Carità.

Venezia. *Comune*. — Al 26 ottobre, ore 18; medico ispettore delle scuole; assistente Sez. med.-microgr. del Laborat. Municipale di Vigilanza igien.; condotta 12° circondario e condotta fraz. Treporti; titoli ed esami; stip. rispettiv. L. 14.000, 12.500, 8000 e 10.500; serv. att. L. 2500, 2000, 500 e 500; al 2° posto indenn. serv. provinc. L. 1500 e partecipaz.; 4 quinquenni dec.; deduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 25 lug. Chied. annunzio alla Segreteria Generale (Ufficio Personale).

Vigo di Fassa (*Trento*). — Scad. 30 sett.; sede in Pozza; L. 8500 oltre c.-v., indennità in L. 0.75 a km., indennità diverse L. 7325; riduz. 12 %; tassa L. 50.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

Borse di studio.

Borsa di studio « Carlo Comba ».

È aperto il concorso ad una borsa biennale dell'importo di L. 5000 annue, da conferirsi a laureati in medicina da non oltre tre anni al 1° luglio, per studi di perfezionamento presso la Clinica Pediatrica di Firenze. Rivolgersi alla Segreteria dell'Università di Firenze. Scadenza 30 settembre.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Silvestro Baglioni, ordinario di fisiologia alla R. Università di Roma, è stato eletto presidente della R. Accademia Medica di Roma.

All'insigne studioso le nostre cordiali congratulazioni.

Nell'Ordine della Corona d'Italia sono nominati: grand'ufficiale: il prof. Léon Bernard, di Tisiologia alla Facoltà medica di Parigi; commendatori i proff.: Comba Carlo, di Clinica pediatrica a Firenze; Coronedi Giusto, di Farmacologia e Tossicologia a Firenze.

Abilitazioni alla libera docenza in: clinica chirurgica dimostrativa: Buonomo Vincenzo; clinica pediatrica: Halfer Giuseppe, Mazzeo Antonio; patologia speciale chirurgica: Angeletti Onofrio, Capechi Egisto; tisiologia: Costantino Gennaro.

Il dott. Courmont, professore d'igiene alla Facoltà medico-farmaceutica di Lione, passa alla cattedra di clinica e profilassi della tubercolosi, recentemente istituita nella stessa Facoltà.

Il dott. Bertin è nominato professore di clinica dermosifilopatica alla Facoltà medico-farmaceutica di Lilla.

Il dott. Duclaux è nominato professore di biologia al Collegio di Francia, in sostituzione del compianto prof. Gley.

Il prof. v. Lichtenberg di Berlino è stato invitato dalla Società Medica Britannica a tenere delle conferenze di urologia a Londra ed è stato nominato membro onorario della Sezione di Urologia.

La medaglia Deneke dell'Ospedale Generale San Giorgio di Amburgo è stata conferita al dott. Hellmuth Nathan, assistente alla 1ª Sezione chirurgica, per il suo studio sulle infezioni setticemiche.

Il prof. Max Baur di Kiel è chiamato alla cattedra di farmacologia di Marburgo.

Il dott. E. A. McKinley, professore di batteriologia, è nominato decano della Scuola Medica dell'Università «Giorgio Washington» a Washington.

Il dott. W. E. Dandy, professore associato (aiuto) di clinica chirurgica alla Scuola Medica dell'Università Johns Hopkins in Baltimora, è nominato professore di neurochirurgia alla stessa Scuola.

NOTIZIE DIVERSE.

Unione internazionale contro la tubercolosi.

Il Consiglio direttivo si è adunato il 9 luglio a Parigi, sotto la presidenza del prof. Frölich (Norvegia). La seduta amministrativa ebbe luogo nei locali dell'Unione (avenue Vélasquez 2 al Parc Monceau, Parigi 8). Venne stabilito che la prossima conferenza, indetta a La Aja, avrà luogo dal 6 al 9 settembre 1932 e vennero scelti i seguenti tre temi: « Relazioni tra l'allergia e l'immunità »; « La crisoterapia »; « L'assistenza post-sanatoriale ». La seduta scientifica ebbe luogo all'Istituto Pasteur, nei nuovi laboratori della tubercolosi, diretti dal prof. Calmette; il dott. Soper (Stati Uniti) riferì su di un piano standardizzato di lotta antitubercolare e il prof. Valtis (Grecia) espose lo sviluppo della lotta antitubercolare nel suo paese; seguirono le discussioni.

La sera i membri del Consiglio si unirono a un banchetto, nei locali dell'Esposizione coloniale; esso venne presieduto dal ministro della sanità pubblica on. Blaisot.

Federazione internazionale della Società di medicina e igiene tropicali.

È stata costituita sotto la presidenza del prof. C. Achard, membro dell'Istituto di Francia, col concorso di varie personalità della medicina tropicale ed esotica. Riunisce le società aderenti di una ventina di Paesi.

Per informazioni rivolgersi al segretario generale di redazione della « Revue pratique des Maladies des pays chauds », Square Port Royal 16, Paris (Ve).

Conferenza internazionale contro la sifilide.

Dal 9 al 12 maggio 1932 è indetta a Parigi una Conferenza internazionale di difesa sociale contro la sifilide; in quell'occasione verrà celebrato anche il centenario di Alfred Fournier. Temi e relatori: « Il servizio sociale nella lotta contro la sifilide » (Lauste, Spillmann, Jadassohn e sig.ra Neville Rolfe); « Diagnosi precoce e patogenesi delle sifilidi nervose (acquisite o ereditarie) » (Ravaut, Dujardin, Truffi); « Profilassi delle sifilidi nervose (acquisite o ereditarie) » (Wagner von Jauregg, Claude, Nicolau); « Importanza medico-sociale delle sifilidi nervose (acquisite o ereditarie) » (Gaston, Milian, Sicard de Panzoles, Cavaillon). Segreteria generale: rue de Lisbonne 44, Paris.

1° Congresso Internazionale di stomatologia.

Avrà luogo, come abbiamo altre volte annunciato, a Budapest dal 2 al 7 settembre. La tassa di inscrizione è di Lit. 100 (50 per i famigliari) e deve essere inviata al tesoriere del Congresso, dott. I. Varga, Múzeum-Körút 39 II, Budapest, IV, o al dott. G. C. Zunini, via Crescenzio 58, Roma.

Il Comitato ordinatore del Congresso ha affidato alla ditta Cook l'organizzazione delle carovane che dai varii paesi si recheranno a Budapest: così per l'Italia. La ditta ha già diramato una circolare (che può essere richiesta alla sua Agenzia di Venezia, piazzetta dei Leoncini), con la quale annuncia il programma-itinerario, che si svolgerà dal 1° all'11 settembre con partenza da Trieste il 1° settembre alle ore 6,45 direttamente per Budapest, soggiorno in questa città fino a tutto il 7 settembre, e ritorno in Italia (Venezia) per Vienna con permanenza di 2 giorni in questa città. Viaggio, alloggio, vitto, mezzi di trasporto, guide, bagagli, mance, ecc. tutto a carico della ditta Cook. Prezzo complessivo L. 1700; omettendo il ritorno per Vienna, L. 1165. L'invio può farsi alla Agenzia di Venezia della ditta Cook o alle Agenzie esistenti in altre città.

4° Congresso internazionale per le piante medicinali e aromatiche.

Si è tenuto a Parigi ed ha raccolto circa 350 congressisti rappresentanti 19 Nazioni. I congressisti italiani hanno preso parte attiva ai lavori.

1° Congresso argentino pro infanzia.

Un Congresso per l'assistenza sociale all'infanzia si terrà a Buenos Aires dal 20 al 26 settembre, sotto gli auspici della Croce Bianca, che è una sezione del Consiglio Nazionale delle Donne dell'Argentina. Il Congresso prenderà in esame i problemi morali, economici e medici di assistenza alle madri e ai bambini in Argentina. Presidente del Comitato esecutivo è il prof. G. Aráoz Alfaro; segretario il dott. Germinal Rodríguez. Sede: Cruz Blanca, Chargas 1155, Buenos Aires, Argentina.

Giornate mediche della Galizia.

La 2ª sessione biennale delle Giornate mediche della Galizia avrà luogo dal 23 al 28 agosto a Vigo. Il programma è vasto e interessante. Per informazioni rivolgersi al segretario generale, Dr. Julián Regueiro López, Hotel Roma, Orense (Gallegas, Spagna).

La settimana della tubercolosi a Davos.

La Società medica di Davos ha organizzato, dal 5 al 10 ottobre, una Settimana scientifica della tubercolosi ». Studiosi e medici di vari Paesi hanno annunziato la loro collaborazione e tratteranno problemi d'attualità.

Un'Associazione di odontoiatre in Francia.

Si è costituita in Francia un'« Association feminine dentaire », che raggruppa oltre 50 donne specializzate in chirurgia dentaria e stomatologia; alla presidenza è stata chiamata la sig.ra Salas, professoressa supplente alla « École de chirurgie et de stomatologie »; segretaria è stata nominata la sig.na Nevere, laureata della « École odontotechnique ».

Missione medica francese nella Colombia.

Il ministro degli esteri della Colombia, dott. Eduardo Santos, e il rettore dell'Università di Bogotá, dott. Carlos Esquerra, hanno stipulato una convenzione col ministro della Francia nella Colombia, sig. Blanche, affinchè una missione composta di tre scienziati francesi di alta rinomanza nel campo medico si rechi nella Colombia, allo scopo di riorganizzare i lavori pratici di anatomia e di medicina operatoria, i servizi clinici dell'Ospedale di San Juan de Dios e l'insegnamento nei laboratori della Facoltà medica, nonchè allo scopo di dare le consultazioni che potranno essere loro richieste dalla Facoltà stessa, dalla Giunta di beneficenza e dai direttori dell'igiene e dei lazzaretti. I membri della missio-

ne, tra cui Durant, vice-direttore dell'Istituto Pasteur di Tunisi, e Latarjet, della Facoltà medica di Lione, sono giunti il 1° marzo a Bogotá, per rimanervi non meno di 4 mesi.

La retribuzione è fissata in 1000 dollari al mese, oltre 1000 pesos pel viaggio d'andata ed altrettanti per quello di ritorno.

Corso di perfezionamento.

Presso la Facoltà medica dell'Università di Giessen si terrà, dall'11 al 17 ottobre, un corso per medici pratici con lezioni cliniche e dimostrazioni pratiche; seguirà un viaggio a Bad-Neuheim, con dimostrazioni nell'Istituto balneologico universitario. Per informazioni rivolgersi al prof. Georg Herzog, Pathologisches Institut, Universität, Giessen, Germania.

Il prof. Donati nell'America meridionale.

Il prof. Mario Donati, direttore della R. Clinica chirurgica di Torino, per invito dell'Istituto di Cultura italo-argentino e di altre Associazioni culturali, si reca nell'America del Sud per una serie di conferenze scientifiche.

Facciamo voti perchè l'opera dell'insigne maestro di chirurgia abbia brillante successo e serva a rinsaldare sempre più i legami culturali e scientifici che ci uniscono alle Nazioni del Sud-America.

Per il monumento a Carlo Forlanini.

La Federazione fascista per la lotta contro la tubercolosi comunica:

Il Capo del Governo ha dato L. 30 mila per il monumento a Carlo Forlanini che sarà eretto in Roma, per sottoscrizione internazionale, giusta la decisione presa in Oslo in occasione della VII Conferenza Internazionale contro la tubercolosi.

Il monumento sorgerà nella piazza Forlanini attigua all'Istituto Benito Mussolini, diretto dall'on. prof. Eugenio Morelli e tuttora in costruzione sulla collina di Monteverde in Roma.

Affluiscono già numerose adesioni da tutte le parti del mondo e moltissime oblazioni sopratutto da parte della innumerevole falange di malati guariti con il pneumotorace artificiale ideato dal Grande Maestro italiano Carlo Forlanini.

In memoria di von Pirquet.

Il 12 maggio venne inaugurato un busto a C. von Pirquet nel giardino della Clinica pediatrica dell'Università di Vienna. Lo stesso giorno venne scoperto un monumento funerario al v. Pirquet nel reparto del cimitero di Vienna dedicato agli uomini illustri.

Vittima del dovere.

È deceduto a Genova il dott. Gian Luca Piana, che dal 1906 dirigeva il Gabinetto radiologico dell'Ospedale Duchessa di Galliera; si era prodigato durante la guerra; per le conseguenze della lunga esposizione ai raggi X, nel 1918 dovette subire un atto operatorio, seguito da altri, tanto che nel 1921 fu costretto a interrompere completamente la professione: da quell'epoca ebbe inizio un vero martirio del valoroso radiologo, sottoposto a diciassette operazioni nel tentativo di tardare i progressi del terribile male che lo travagliavano, sicchè nel 1929 gli si dovette amputare il braccio destro. Dopo lunghi mesi di altre sofferenze, il dott. Piana ha chiuso la sua vita di lavoro, speso a benefizio dell'umanità.

La sveglia negli ospedali di Londra.

Abbiamo altre volte riferito intorno all'ora ultra-mattiniera della sveglia negli ospedali di Londra ed ai tentativi di cambiamento.

Un'inchiesta al riguardo è stata condotta dalla Commissione amministrativa del « King Edward's Hospital ». È risultato che in 4 ospedali di Londra la sveglia è data alle ore 4, 4,30 e 4,45; in 40 ospedali alle 5 e 5,15; in 22 alle 5,30 e 5,45; in 44 alle 6; in 8 alle 6,30, 6,40, 6,45; in 6 alle 7 am.

Nella maggioranza, dunque, l'ora della sveglia è alle 6; l'inchiesta considera che essa non sia troppo mattiniera, dacchè negli ospedali il sonno notturno è pure anticipato — quindi il numero delle ore di sonno risulta bastevole. Sarebbe difficile una posposizione sensibile, senza aumentare il servizio d'infermeria e, quindi, le spese; sarebbe anche desiderabile, però, che la sveglia non fosse data molto prima delle 6 e che prima di quest'ora si evitassero tutti i rumori atti a turbare il sonno.

Ospedale in una nave.

La « Empress of Britain », grandiosa nave della « Canadian Pacific Line », contiene un vero ospedale, con reparto d'isolamento, teatro operatorio, sezione dentaria, sala per raggi ultra-violetti, sala Roentgen, sala d'idroterapia, camera da parto, consultorio, ecc.

Donazioni e lasciti.

È stata elargita da Rockefeller una somma pari a circa 1.300.000 lire al dott. O. Warburg di Berlino perchè vengano continuate le ricerche sul cancro, che lo hanno già condotto a stabilire un momento significativo del metabolismo della cellula cancerosa: la trasformazione del glucosio in acido lattico.

* * *

Il sig. J.-B. M. Meyer di Ixelles (Belgio) ha elargito 200.000 franchi belgi al « Circolo universitario delle Colonie scolastiche » di Gand e alla « Lega nazionale belga contro la tubercolosi » di Ixelles.

* * *

L'Università di Torino, con R. D. 12 giugno 1931, n. 879 (*Gazz. Uff.*, 16 luglio 1931, n. 162) viene autorizzata ad accettare il legato di lire 30.000 disposto dal dott. Ermenegildo Passerini per la istituzione di borse di studio a favore di studenti del quinto e sesto anno di medicina e chirurgia.

* * *

Il Banco di Sicilia ha erogato 10.000 lire a favore dell'Ospedale Trigona in Noto, per la sistemazione della sala operatoria.

I medici dell'Inghilterra.

Il « Medical Register » del 1931 contiene 55.291 nomi, il che segna un aumento di 421 sul 1930.

Nel 1930 i diplomati furono 1490; i nomi omessi dall'albo a causa di morte o di abbandono della

professione furono 1105; si deve anche tener conto di alcuni riconoscimenti di diplomi stranieri.
I dentisti figurano con 14.422 nomi nell'albo del 1931; i nuovi diplomati nel 1930 furono 280.

I medici nel Parlamento turco.

Il Parlamento turco comprende 23 medici, su 316 rappresentanti; dei 9 ministri, 2 sono medici: quello dell'igiene e quello degli affari esteri.

Assicurazioni dei medici tedeschi.

È ricorso ora un cinquantennio, da quando venve fondata la « Centralhilfskasse für die Aerzte Deutschlands » con lo scopo precipuo di evitare i casi pietosissimi di vedove ed orfani di medici lasciati nella miseria, dopo essere stati abituati ad una relativa agiatezza.

Prima che fosse costituita questa Cassa speciale, i medici si assicuravano singolarmente alle Società generali; ma quelle erano eccezioni.

Alla fine del secolo passato la Cassa contava 333 soci; i premi percepiti nel 14° anno di esistenza ammontarono appena a 28.871 marchi.

In questo secolo lo sviluppo assunto è stato imponente. Al 31 dicembre 1930 le somme assicurate raggiungevano quasi 245 milioni di marchi, equivalenti ad un miliardo di lire it.; i premi percepiti durante l'anno furono di 5 milioni e mezzo di marchi, ossia 25 milioni di lire it.; il bilancio era in avanzo di oltre 1 milione di marchi; le pensioni e indennità corrisposte, nel corso dell'anno, furono 296.000 marchi (oltre 1.300.000 lire it.) per invalidità e vecchiaia di medici e 345.000 marchi (1.500.000 lire it.) per pensioni a vedove ed orfani di medici; le spese d'amministrazione importarono 2.45 %, cioè furono bassissime in confronto di quelle sostenute dalle Società generali d'assicurazione.

Contro la pletora medica nel Messico.

Al « Consiglio Universitario » del Messico l'« Accademia dei Professori » ed alcuni membri della Facoltà Medica dell'Università Centrale, hanno avanzato la proposta di limitare a 250 le iscrizioni al 1° anno di studi medici, così da fronteggiare il disagio creato dalla pletora, sovratutto nella capitale (ove i laureati della provincia sogliono istallarsi, mentre molti empirici esercitano in località remote).

Per distinguere le vetture dei medici.

Il dott. Richard Kohn ha rivolto ai consiglieri municipali di Parigi la proposta di far adottare un mezzo di riconoscimento per le vetture dei medici, così da evitare le ammende nei casi di eccessiva velocità o di prolungata sosta per motivi professionali. Suggerisce l'adozione di una targa smaltata, rettangolare, misurante circa cm. 4 × 5, con l'emblema della Croce Rossa e la stampiglia della Prefettura di polizia.

Prestazioni mediche per infortuni automobilistici.

Un'inchiesta condotta dall'Associazione Medica Britannica dimostra che i medici chiamati d'urgenza a prestare la loro opera per infortuni automobilistici, ricevono le loro competenze solo una volta su cinque, in media.

In Francia si è trovato una soluzione per ottenere il giusto compenso della propria opera; ne abbiamo già dato notizia. Sarebbe desiderabile che l'esempio fosse imitato.

Responsabilità del medico per il ricovero in ospedale?

Un processo curioso si è svolto nel Sud Africa. Il dott. H. M. Jacobs, ufficiale sanitario e medico ferroviario a Kroonstadt (Orange), aveva prescritto il ricovero in ospedale di una bambina affetta da difterite, figlia di un ferroviere, certo Lawrence Canny. Dimessa guarita la bambina, l'amministrazione dell'ospedale mandò il conto, in 66 sterline, ossia circa 6500 lire it., al Canny. Questi si rivolse alla Società mutua dei ferrovieri, la quale però non riconobbe legittimo l'addebito. Il Canny chiese l'assistenza di un legale, che decise d'intentare causa al medico, come responsabile. Il Tribunale ha assolto il medico e ha condannato il Canny, poichè questi, conformandosi al consiglio del medico, ne aveva accettato anche i gravami; ha però trovato che la richiesta dell'Ospedale era troppo alta e l'ha ridotta a 27 sterline e 10 scellini, ossia poco più di 2500 lire it. (« Jl. Méd. Ass. S. A. », 27 giu. 1931).

Epidemia su di una nave.

Sulla nave mercantile turca « Rusteniye » si è determinata un'epidemia di febbri alte, con vomito, diarrea, eritema. Durante una contumacia passata a Smirne, il capitano venne a morte. Dopo la contumacia insorsero nuovi casi. Si è sospettata una tossinfezione alimentare collettiva; il direttore dell'Ospedale di Stambul, ove al ritorno furono accolti alcuni malati, prof. Tewfik Salim Pascià, ha deciso trattarsi di dengue, che sarebbe stata contratta a Rodi, toccata dalla nave in epoca di stegómie.

Avvelenamenti da gelati.

A Catania oltre 200 persone che avevano consumato dei gelati in una dolceria, presentarono sintomi più o meno gravi d'avvelenamento. Negli ospedali cittadini i medici e gl'infermieri si sono prodigati.

I sintomi insorsero poco dopo le consumazioni.

Vigilanza sui funghi freschi.

Il Governatore di Roma ha emesso un'ordinanza affinchè sia mantenuta con ogni efficacia la vigilanza sui funghi freschi che s'introducono in città.

Per la sterilizzazione degli anormali in Inghilterra.

Presso la Camera dei Comuni è stato deposto un progetto di legge da A. G. Church, allo scopo di praticare la sterilizzazione degli anormali, in seguito a loro richiesta o su richiesta dei loro tutori.

L'intervento, od « operazione sterilizzante », è definito come vasectomia, salpingectomia o altre operazioni chirurgiche o trattamenti medici che rendano inidonei alla procreazione.

Matrimonio di un filantropo novantenne.

Il comm. Luigi Scarciglia, di Minervino Lecce, ricco a milioni e che ha elargito gran parte della sua fortuna per istituzioni di profilassi sociale

e di assistenza segnalandosi nella lotta contro la tubercolosi, premiato con medaglia d'oro dei benemeriti della salute pubblica, si è sposato, in età di 90 anni con la signora Maria Carmine di 35 anni, vedova di guerra. Ha dichiarato di essere passato a nozze perchè... si sente molto bene di salute.

A 36 anni è morto il dott. RENÉ JACQUEMAIRE-CLEMENCEAU, nipote di Georges Clemenceau. Durante la guerra prestò servizio attivo in fanteria, e rimase gravemente ferito a un braccio, con sezione dell'arteria omerale e del nervo mediano; solo in seguito a dieci interventi operativi si era riusciti a salvare il braccio.

Egli passò poi in aviazione.

Laureatosi in medicina, si dedicò alla chirurgia. Aveva compiuto una serie di studi e di applicazioni pregevoli sulla batteriofagoterapia delle infezioni streptococciche e colibacillari.

Nel praticare un intervento, si è ferito al braccio semi-mutilato, la cui vitalità era probabilmente ridotta. Seguirono un flemmone e una setticemia, contro cui non è valsa la devozione dei maestri e degli amici. Otto trasfusioni di sangue hanno solo potuto ritardare l'esito letale. Lascia nel lutto la madre, cui lo legava un affetto intensissimo.

È morto a 70 anni il prof. ELISEO CANTÓN, professore di clinica ostetrica alla Facoltà di Scienze mediche di Buenos Aires, una delle più eminenti personalità del mondo medico argentino. Va ricordato il suo studio sulla « partoanalgia » o analgesia ostetrica; con J. B. Bouzález ha pubblicato un « Atlante di anatomia e di clinica ostetrica normale e patologica ». Era presidente onorario dell'Accademia Nazionale di Medicina di Buenos Aires.

Quale uomo politico, ha legato il nome a numerose iniziative di assistenza sociale e d'igiene pubblica.

È morto a 70 anni il dott. W. D. HALLIBURTON, professore emerito di fisiologia al « King's College » dell'Università di Londra. I lavori da lui eseguiti in collaborazione con Rosenheim condussero a scoprire l'ergosterol, considerato in principio come impurità del colesterol. I suoi studi fondamentali riguardano le proteine dei muscoli e del sangue. Ebbe allievi di valore, tra cui il nostro Fano. Specialmente noto egli è come autore di libri di testo; la sua « Fisiologia » ha avuto, in 30 anni, 18 edizioni con 125.000 esemplari ed è stata tradotta in molte lingue, compresa la cinese. Notissima è anche la sua « Chimica fisiologica ».

Indice alfabetico per materie.

V. Ascoli †, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII Roma, 17 Agosto 1931 - IX Num. 33

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Modena.

Direttore: Prof. PAOLO FIORI.

Il comportamento della glicemia dopo i cinquant'anni di età (*).

Dott. MASSIMILIANO MONTANARI REGGIANI e dott. UMBERTO FOGLIANI.

Oggigiorno va acquistando importanza lo studio della fisiologia del ricambio del vecchio come ne fà fede il rifiorire in questi ultimi tempi di una serie di lavori sull'argomento.

Fra le tante questioni discusse, una merita principalmente di essere affrontata e risolta per l'importanza biologica e pratica che ha in tutti i campi della medicina: alludiamo alla glicemia nella senescenza.

(*) Il dott. MONTANARI-REGGIANI ha eseguito la parte sperimentale. Il dott. FOGLIANI si è occupato della compilazione del lavoro e della parte bibliografica.

Si fa questione, infatti, se il tasso dello zucchero del sangue sia uniforme in tutte le età o più elevato nella età avanzata. La semplice discussione su di un valore sanguigno, ritenuto dai biologi in condizioni fisiologiche una grandezza costante, che, conformemente alle costanti fisico-chimiche del sangue (isoionia, isotonia e isotermia) dimostra sì una certa ampiezza di oscillazioni sotto determinate influenze, ma tende costantemente a ritornare al valore base, presenta per sè stesso un avvenimento di eccezionale interesse tanto per il medico internista, quanto per il chirurgo per le ripercussioni pratiche che ne possano derivare.

Dal punto di vista chirurgico, poi, il sapere che fisiologicamente oltre i cinquant'anni il tenore del ricambio carboidrato si conclude con un tasso glicemico superiore alla norma e può impunemente raggiungere cifre piuttosto alte, inferiori però sempre al 2 ‰, senza presentare glicosuria od altri fenomeni concomitanti, costituisce un elemento di giudizio, che, insieme ad altri di non minor importanza.

può servire di orientamento al chirurgo nella scelta della anestesia e nella valutazione dei rischi e pericoli di fronte al trauma ed alla narcosi.

È noto che il tasso medio dello zucchero del sangue dell'uomo sano, a digiuno, oscilla fra 0,80‰ e 1‰: si trovano cifre anche fra 0,70 ed 1,10‰, e queste cifre estreme, per quanto rare, non debbono essere considerate come patologiche (Lichwitz).

In uno stesso individuo quindi il livello glicemico si mantiene in condizioni fisiologiche costante.

Ora si discute, ripetiamo, se la costante glicemica si modifica in relazione alla età o si mantiene uniforme in tutte le decadi della vita.

Peco e Puculu, in una monografia recente sulla glicemia del vecchio, su 32 individui, di oltre i 50 anni, sicuramente non diabetici, hanno visto che il tasso medio dello zucchero del sangue, a digiuno, è di 0,92 e 1,11 ‰.

Inoltre questi AA. hanno eseguito su 28 individui la prova della glicemia sperimentale osservando che il tasso medio dello zucchero del sangue a distanza di tre ore dall'ingestione di glucosio, è di 0,98 ‰ con variazioni fra 0,61 ed 1,60 ‰.

Ad analoghe conclusioni è giunto John.

Scorrendo la letteratura medica, per quanto ci risulta, non è possibile trovare altri lavori sull'argomento, veramente degni di particolare rilievo.

Animati, adunque, dal desiderio di portare qualche utile contributo nella importante questione, il cui dibattito è tutt'ora aperto tra gli studiosi; e nella speranza che la nostra fatica non sia del tutto superflua, abbiamo intrapreso ricerche sulla glicemia di individui di oltre 50 anni, certamente non diabetici, conseguendo i risultati che riportiamo nella tabella allegata.

***

Per il dosaggio del glucosio del sangue abbiamo adottato il micrometodo di Bang, metodo giudicato fra i più sensibili ed i più precisi in uso attualmente.

N.	Nome e cognome	Età	Glicemia ‰
1	F. G.	70	1,50
2	A. E	56	1,70
3	P. P.	62	1,10
4	V. G.	55	1,30
5	P. P.	65	1,26
6	M. G.	65	1,24
7	B. A.	56	1,22
8	M. I.	58	1,18
9	T. G.	57	0,80
10	F. G.	65	1,18
11	F. A.	51	1,02
12	C. G.	58	1,20
13	T. M.	67	0,70
14	B. E.	67	1,37
15	N. G.	61	0,89
16	Z. L.	66	0,80
17	S. L	70	1,13
18	G. T.	53	0,95
19	F. C.	71	1,46
20	M. M.	62	0,75
21	C. E.	62	1,00
22	T. R.	60	0,82
23	A. T.	75	0,94
24	S. M.	64	0,88
25	M. C.	55	1,05
26	P. B.	70	0,98
27	S. V.	68	1,50
28	T. M.	55	0,90
29	B. S.	60	1,05
30	M. A.	54	1,18

Il sangue è stato prelevato, in tutti i casi, al mattino, a soggetto digiuno.

La pesata del sangue mediante la bilancia di torsione e le determinazioni chimiche relative furono eseguite scrupolosamente secondo la tecnica indicata dal metodo.

L'età dei pazienti variò dai 50 ai 75 anni.

La malattia, per la quale essi furono ricoverati in Clinica, non crediamo, possa avere una qualsiasi influenza, diretta o indiretta, sul ricambio degli idrati di carbonio, trattandosi, per lo più, di forme morbose di lieve entità (ernie, varici, sinoviti, ecc.).

I risultati conseguiti nelle nostre ricerche non sono costanti: su 30 osservazioni, infatti, abbiamo riscontrato in 17 casi, un tasso glicemico superiore all'unità per ‰ con un massimo di 1,70 ‰; in 13 casi un tasso glicemico inferiore con un minimo di 0,70 ‰.

Pare quindi accertato che la glicemia, ad un certo periodo della vita, si modifica, elevandosi al disopra della norma in un discreto numero di casi.

Accettando come cifre normali valori glicemici fino all'1,10 ‰ (Lichwitz), ne deriva che su 30 casi, soltanto in 13 si sono verificate glicemie superiori alla norma.

Non si tratta quindi di una alterazione del ricambio inevitabile, lenta, naturale, in relazione esclusivamente con l'età, come vogliono alcuni, ma di un fatto anormale di pertinenza più della Patologia che della Fisiologia.

Per di più, abbiamo notato che la maggior frequenza di tali alterazioni si verifica fra i 50 ed i 65 anni, in coincidenza spesso con la così detta « età critica ».

In appoggio, sia pure indiretto, di questa constatazione che scaturisce evidente dall'esame delle nostre ricerche, soccorrono osservazioni cliniche di indubbio valore e di grande attendibilità circa la maggior frequenza del diabete rispetto all'età.

Il Pavj, infatti, basandosi su di una casistica di 1450 casi di diabete, trovò che la maggior frequenza della malattia si ha fra i cinquanta ed i sessant'anni; oltre i sessanta il diabete diventa di nuovo meno frequente.

Il Budde su 265 osservazioni personali giunge alle stesse conclusioni. Lichwitz pure ritiene che l'età più spesso colpita sia tra il quinto ed il sesto decennio della vita.

Bouchard e Leroche hanno inoltre constatato che la massima morbilità per il diabete si ha nella donna nel climaterio.

Da ciò, a noi pare logico trarre la deduzione che le alterazioni del tasso glicemico del sangue non sono in rapporto diretto col grado di senilità; ma più spesso sono concomitanti, o sono, come sembra più verosimile, l'effetto dell'età critica.

Entriamo così a discutere sulla patogenesi del fenomeno.

Essa è oscura o per lo meno molto incerta.

Non conoscendosi l'intimo meccanismo che presiede alla trasformazione della molecola degli idrati di carbonio, molteplici, e non ancora tutte note essendo le influenze nervose, endocrine, che si ripercuotono sul ricambio, non può stupire, se allo stato attuale delle nostre conoscenze, non è possibile precisare con sicurezza tutti i fattori che concorrono ad alterare il tasso glicemico normale del sangue oltre i 50 anni.

L'organo, a cui per primo si rivolge il nostro pensiero, è il pancreas.

L'iperglicemia, di modico grado e senza conseguenze cliniche, che abbiamo visto presentarsi, con una certa frequenza, nei nostri soggetti, a noi pare, infatti, debba interpretarsi con molta verisimiglianza come lo stadio iniziale o latente di un diabete, stadio che passa per lo più inosservato se non si pratica il dosaggio dello zucchero del sangue. (Ceresoli).

A parte, poi, la questione, che rimane insoluta, se la perturbazione del ricambio degli idrati di carbonio sia permanente o transitoria, si comprende come in questi soggetti, che abbiamo definiti diabetici latenti, la malattia possa scoppiare da un momento all'altro sotto l'influenza di uno dei qualsiasi elementi eziologici capaci di determinarla.

Per cui se alla insufficienza pancreatica è logico attribuire la genesi del fenomeno in istudio, il quale si concreta, come si è visto, in una semplice e modica iperglicemia, non è esatto, a nostro avviso, ritenere che questa sia l'unica causa.

In quei casi, infatti, e sono la maggioranza, che si riferiscono ad individui in piena età critica, noi ci troviamo probabilmente di fronte non ad un unico fattore ma ad una costellazione di fattori, tra i quali, di primaria importanza, lo stato delle altre ghiandole a secrezione interna, funzionalmente connesse con il pancreas ed un *fattore individuale costituzionale*.

Non ripugna quindi alla logica il ritenere che, in certi casi, l'iperglicemia più che l'espressione della sola insufficienza pancreatica, sia l'effetto di quella sindrome pluriglandolare endocrina, che, come è noto, contrassegna l'inizio della involuzione senile. (Pende).

Che a questa fase di perturbazione, in gran parte di carattere funzionale, di tutto il sistema endocrino, possa subentrare di nuovo un certo equilibrio, facilmente raggiungibile per la forza di adattabilità e la possibilità di compenso straordinariamente grandi che sono insite nel nostro organismo, con ritorno ad una glicemia normale, è difficile poterlo escludere, in quanto non è ancora dimostrato che queste iperglicemie abbiano un carattere permanente.

Per quei casi, invece, in cui non è più lecito invocare le profonde perturbazioni determinate nell'organismo dall'alterazione del sistema endocrino simpatico, poichè hanno già superato la fase critica della vita, è logico pensare che lo stato di disquilibrio del metabolismo degli idrati di carbonio sia legato ad alterazioni anatomiche di natura arteriosclerotica a carico specialmente del pancreas.

Questo stadio, che può considerarsi permanente, e che è il portato dello stabilirsi nei vari organi di lesioni arteriosclerotiche (dipendendo queste da molteplici e svariate influenze che trovano, come è noto, nella costituzione individuale la ragione della loro estrinsecazione più o meno precoce) può anche stabilirsi precocemente e rappresentare, a volte, quasi l'unica causa della alterazione del ricambio da noi studiata.

Per cui, non ultimi, fra i fattori di perturbazione del ricambio degli idrati di carbonio nell'età inoltrata, sono da contemplarsi la costituzione individuale e l'arteriosclerosi.

CONCLUSIONI.

Da quanto abbiamo sinteticamente esposto, a noi pare non illogico dedurre le seguenti conclusioni:

1) Non è vero che la glicemia si elevi in modo costante al di sopra della norma dopo i cinquant'anni.

2) Le iperglicemie riscontrate sono sempre state di modico grado, non superando l'1,70 ‰ e non sono mai state accompagnate da glicosuria o da altri fenomeni concomitanti.

3) La maggior frequenza di esse è fra i 50 ed i 65 anni di vita.

4) Molto spesso l'iperglicemia non è in rapporto con il grado di senilità, ma coincide con le turbe della cosidetta « età critica ».

5) Molteplici sono i fattori determinanti e predisponenti; fra i principali sono da annoverarsi: l'arteriosclerosi del pancreas, le turbe glandolari endocrino-simpatiche della età critica ed infine la costituzione individuale.

RIASSUNTO.

Gli AA. hanno studiato il comportamento del tasso glicemico in 30 individui di oltre 50 anni, osservando che non esiste una costante iperglicemia e che questa è in rapporto più che col grado di senilità con la speciale costituzione del soggetto e l'età critica.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

1) CECCONI. *Trattato delle malattie del ricambio.* Edizione Minerva Med., 1928, Torino.
2) CERESOLI. *Sull'iperglicemia senza glicosuria e sulla glicosuria senza iperglicemia.* Clinica Medica italiana, 1929.
3) EICHHORST. *Trattato di Patologia e Terapia Speciale Medica.* Vol. IV. Soc. Ed. Libraria, 1914.
4) MOHR STAEHELIN. *Trattato di medicina interna.* Vol. IV, Parte II. Ibid., 1930.
5) PECO e PUCULU. Ars Medica, n. 52, 1929.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALI RIUNITI ED INCURABILI DI NAPOLI
REPARTO ISOLAMENTO
diretto dal Prof. FRANCESCO FEDE.

Sul tetano parziale degli arti

per il dott. FERDINANDO IOVINO,
assistente ordinario in chirurgia.

Il caso che mi accingo a descrivere di tetano parziale degli arti rientra nel grande quadro delle forme anormali di tetano, forme atipiche, dette da Burrows tetano modificato: si tratta di forme che sono divenute più frequenti dopo l'attuazione della sieroterapia preventiva, esso mi offre l'occasione per fare alcune considerazioni sulla patogenesi del tetano locale.

Michelina M. di Saverio, di anni 40, da Sarno, contadina: non presenta nulla di notevole nell'anamnesi familiare e personale prossima e remota, maritata a 24 anni ebbe dieci figli, attualmente viventi e sani, nessun aborto.

Il giorno 24 giugno 1930 trovandosi su di un asino cadde a terra avvertendo vivo dolore all'avambraccio sinistro, sollevatasi si recò da un medico il quale riscontrata una frattura del cubito complicata da una soluzione di continuo dei tegumenti applicò subito un apparecchio gessato e fenestrato, e dopo 48 ore dal trauma praticò una iniezione di siero antitetanico. Dopo 15 giorni l'apparecchio fu tolto dallo stesso medico il quale constatò che la soluzione di continuo era perfettamente rimarginata, però il callo osseo non era ancora solido per cui rifece un nuovo apparecchio gessato non fenestrato; questa volta la giustapposizione dei frammenti non fu perfetta, per cui a causa della pressione dai frammenti esercitata sul piano di rivestimento cutaneo si formò una nuova soluzione di continuo sul margine cubitale dell'antibraccio.

La paziente dopo 24 giorni dal trauma cominciò ad avvertire dolore lancinante nella sede della ferita e contemporaneamente delle brusche contratture toniche all'avambraccio che si irradiavano verso la radice dell'arto, tali contratture in primo tempo di breve durata e poco frequenti a poco a poco aumentarono di durata e di frequenza assumendo sin dal principio la caratteristica di risvegliarsi ad ogni più piccolo stimolo esterno.

Ricoverata nella Casa di Salute del prof. Longo, direttore dell'Ospedale dei Pellegrini, fu fatta diagnosi di tetano parziale dell'arto superiore sinistro e fu perciò inviata al reparto isolamento degli Ospedali Riuniti il 30 luglio.

Esame obbiettivo. — La paziente all'atto del ricovero presenta sul margine mediale dell'antibraccio sinistro in corrispondenza del terzo medio una soluzione di continuo della grandezza di una moneta da cinque cent. da cui fuoriesce pus di colorito giallo chiaro l'antibraccio presenta frattura del cubito al terzo medio in via di avanzata consolidazione in cattiva posizione; infatti i due

frammenti formano fra loro un angolo aperto all'esterno ed in avanti. Il fenomeno più caratteristico che offre la paziente è la presenza di contratture a tutto l'arto sinistro, contratture che si accompagnano a vivo dolore con punto di partenza dalla lesione; esse non si hanno in condizioni di perfetta calma, aumentano in seguito alle emozioni, ai movimenti, alle eccitazioni esterne; durante tali spasmi l'ammalata proietta l'arto in avanti flettendo l'avambraccio sul braccio poscia lo adduce contro il tronco accollandovelo fortemente. Condizioni generali buone, niente trisma nè rigidità nucale, le varie sensibilità e la motilità dell'arto sono conservate, i riflessi tendinei sono accentuati.

La inoculazione di materiale preso nella ferita in due cavie diede lo sviluppo di una infezione tetanica tipica dopo 48 ore con morte degli animali.

L'inferma viene sottoposta subito alla sieroterapia antitetanica, riceve per 10 giorni di seguito 6 fialette da 10 cent. cub. di siero antitetanico, le vengono praticati dei clisteri di cloralio e le viene somministrata una pozione di bromuro. Al settimo giorno di cura le contratture cominciarono a diminuire di frequenza, di durata e d'intensità, il miglioramento fu poscia graduale finchè al 10° giorno cessarono e residuò uno stato di rigidità dell'arto senza scosse. Il giorno 11 agosto essendo scomparse le contratture e non essendo ancora avvenuta la completa consolidazione della frattura nè la cicatrizzazione della soluzione di continuo fu applicato all'avambraccio un nuovo apparecchio gessato e finestrato, previa riduzione nei limiti del possibile del vizio di consolidazione: durante tali manovre non si verificarono più contratture, l'ammalata il giorno 13 fu trasferita in sala chirurgica dalla quale uscì il 21 agosto di sua volontà. La paziente fu da me ulteriormente seguita e dopo circa un mese dall'uscita dall'ospedale la soluzione di continuo si chiuse completamente, la frattura si consolidò, la rigidità dell'arto era di già scomparsa.

Da quanto si è detto risulta trattarsi di un caso di tetano parziale localizzato ad un arto, a sviluppo piuttosto tardivo (dopo 24 giorni) decorso normale, esito in guarigione: la diagnosi clinica ebbe la conferma dalla prova biologica sulle cavie.

Sul tetano locale molto si è scritto, specie nel periodo bellico ed immediatamente post-bellico e ciò sembra perchè si è avuta una recrudescenza di questi casi a causa della sieroterapia preventiva adoperata su vasta scala. Vedremo infatti che una fra le teorie invocate per spiegare la patogenesi di queste forme è che i centri bulbari siano preservati dalla infezione a causa della sieroterapia preventiva e che una incompleta immunizzazione attenui l'infezione ma non la distrugga.

Sin dall'antichità furono descritti dei casi di tetano locale, ne accennò perfino Ippocrate. Sofocle lo chiamò tetano laterale, Guy de Chauliac (1363) lo distinse dal tetano generale. Se ne occuparono ancora Sauvage (1872), Larrey, Colles (1852), Follin (1851), Dupuytren, Remy, Heinecke, Gross, Gindrac, Legouest, Annandale, Rose (tetano cefalico), Demontmeros, Esau.

I primi casi di origine bellica furono descritti da Courtellemont e da Pozzi (1915), poscia seguirono nello stesso anno numerosi casi di Monod, Routier Claude e Lhermitte, Ramirez, Martinez, Valette e Leriche, Lumière e Berard, Laval, Carnot, e negli anni seguenti ancora se ne occuparono P. L. Marie, Merviel, Courtois, Suffit e René Giroux, Fricker, Colombino, Vautrin, Julien, Teutschländer e Heichelheim, Lossen, Biancheri, Boinet e Monges, Courtillet e Lombard, Rauzier e Estor, Burrows, Perrin, Masci, Scalone, Aboularage, Zuccari, Donati.

Recentemente se ne sono occupati Guilleminot e Pouget (1927, comunicazione alla Società di Chirurgia di Lione), Bohl e Nerson (caso comunicato all'Accademia di Scienze di Parigi, 1928).

Del tetano locale si distingue una forma precoce con periodo d'incubazione che va da poche ore (caso di Poczobut) a 20 giorni e una forma tardiva con periodo d'incubazione da 20 giorni fino a 13 mesi (caso descritto dal Lossen), 14 mesi (caso del Biancheri) e 15 mesi (caso descritto dal Zuccari, tutti con esito in guarigione). Si considerano del tetano locale 4 forme sintomatologiche: T. splancnico, T. cefalico, T. addomino toracico, T. parziale degli arti; l'ultima forma ch'è la più frequente e nella quale rientra la nostra osservazione può essere a tipo monoplegico (superiore ed inferiore) se la contrattura si localizza ai soli muscoli dell'arto ferito, a tipo paraplegico (superiore ed inferiore) se la contrattura si localizza ai due arti.

Quando la contrattura è a carico degli arti superiori si contraggono ordinariamente i flessori delle dita, della mano, dell'avambraccio, gli adduttori dell'arto per cui questo viene raccolto contro il tronco; nella forma paraplegica superiore i due arti vengono flessi ed addossati contro il torace; nelle localizzazioni all'arto inferiore si osserva contrattura in estensione, l'arto si presenta irrigidito.

Oltre alle forme con sintomatologia netta vi sono le forme *fruste* nelle quali tutto il quadro sintomatico può ridursi alla sola esagerata eccitabilità riflessa che può arrivare fino al clono (4 casi descritti da Donati): ebbene anche queste forme furono dimostrate di origine tetanica sia per la presenza del bacillo di Nicolayer spesso riscontrata, sia per l'esito in guarigione dopo la sieroterapia. Ecco perchè il Burrows ritiene che la rigidità di un

arto recentemente ferito con esagerazione dei riflessi e la comparsa di spasmi al toccamento deve indurci a sospettare il tetano locale.

In opposizione a queste forme attenuate, con sintomatologia localizzata dall'inizio alla fine vi sono altre forme ad inizio strettamente locale e seguite da generalizzazione dell'infezione, con comparsa di trisma, opistotono, contratture generalizzate: orbene si ritiene dai più che siffatti casi non rientrino nel quadro dei tetani veri locali.

PATOGENESI. — L'ipotesi dominante è che le forme di tetano locale siano dovute ad incompleta immunizzazione da siero preventivo, per cui Carnot parla di tetano post-sierico e Scalone di immunizzazione insufficiente.

L'azione del siero può essere duplice: provocare la latenza dell'infezione tetanica e quindi dare sviluppo al tetano tardivo, oppure attenuare l'infezione provocando sintomi di tetano localizzato. A convalidare la prima azione vi sono le ricerche di Donati, il quale trovò bacilli tetanici anche sotto forma di spore nel secreto di individui che non presentavano segni d'infezione tetanica.

Però sulla efficacia della sieroterapia preventiva non si è perfettamente di accordo: vi è chi ritiene che il siero inoculato a tempo e in dose sufficiente previene l'infezione neutralizzando la tossina tetanica, secondo altri invece il siero non è capace di prevenire l'infezione ma può solamente arrestarne il suo progredire ed impedirne il generalizzarsi. Infatti sperimentalmente negli animali Roux e Vaillard dimostrarono che il siero antitossico previene con sicurezza il tetano, anche se usato in dose piccola, quando viene iniettato prima della inoculazione del tetano; se viene iniettato anche in grande quantità insieme con i germi tetanigeni non si riesce ad evitare l'insorgenza di una forma localizzata; se viene inoculato dopo i germi tetanigeni ma prima dello svilppo dei primi sintomi questi si manifestano sempre localizzati. I risultati sperimentali anzidetti convalidano l'ipotesi che il siero profilattico non previene l'infezione ma riesce ad impedirne la generalizzazione.

Praticamente però si è constatato che il siero quando è usato in tempo utile ed in dose sufficiente, senza fermarsi ad una sola iniezione preventiva riesce a neutralizzare ed impedire lo sviluppo dell'infezione tetanica, per cui le forme localizzate sarebbero da attribuire alla insufficiente immunizzazione. Ancora Roux e Vaillard hanno dimostrato che l'immunità conferita dal siero è limitata nel tempo: essa diminuisce al quindicesimo giorno per scomparire dopo quaranta-cinquanta giorni, nell'uomo i detti autori ammettono in media una immunità efficace di 8-12 giorni dopo una iniezione di siero, di 20-30 giorni dopo due iniezioni di dieci centimetri cubici fatte nel corso del primo settenario. Orbene può accadere che estinta l'immunità conferita dalla primitiva iniezione di siero per la persistenza delle spore nei tessuti possono aversi fenomeni tetanici. onde il concetto pratico di non limitarsi ad una sola iniezione preventiva, bensì almeno a tre nello spazio di 15 giorni.

L'attenuazione dell'infezione e quindi la localizzazione potrebbe essere dovuta invece che all'azione del siero al fatto che occasionalmente siano capitati nella ferita bacilli di scarsa virulenza e in scarso numero (teoria dell'ipovirulenza ed ipoinfezione di Pozzi, Carnot, Laval) per cui le tossine eserciterebbero la loro azione solamente sui nervi della parte lesa, tetano monoplegico, oppure su di un segmento midollare, tetano paraplegico e addominotoracico.

Infatti sperimentalmente si è dimostrato che se si inocula una dose assai debole di tossina tetanica nella zampa di una cavia si provocano contratture localizzate all'arto inoculato senza provocare la morte dell'animale e l'azione del veleno non oltrepassa l'arto iniettato, se poi si aumenta la dose di tossina si ha la generalizzazione degli spasmi tetanici e la morte; anche nel coniglio si possono seguire le varie gradazioni dell'infezione: diluendo la tossina ed inoculandola per iniezione sottocutanea si va dalla forma generalizzata a forme con gravità decrescente fino al tetano monoplegico limitato alla zampa inoculata. Detta interpretazione patogenetica è la sola plausibile nei casi osservati precedentemente all'uso del siero.

Nella patogenesi del tetano locale occorre considerare che oltre il siero può produrre l'attenuazione della virulenza del bacillo di Nicolaier anche l'associazione microbica, la concorrenza vitale ed in questo senso il Rizzo ha diretto le sue ricerche sperimentali le quali lo hanno portato alla conclusione che associando al bacillo di Nicolaier dei germi aerobi o loro prodotti solubili si possono avere delle forme di tetano locale. Praticamente bisogna ammettere in tali casi la presenza nelle ferite di germi, i quali coi loro prodotti solubili fanno sì che il veleno tetanico perda totalmente o parzialmente il suo potere e la sua potenza di diffusione lungo le guaine perinervose.

Le forme di tetano localizzato potrebbero

altresì dipendere dalla esistenza nell'organismo di salde difese organiche, le quali si estrinsecherebbero con uno stato di mancata recettività da parte dei ricettori degli elementi nervosi dei segmenti superiori del nevrasse nei riguardi del gruppo aptoforo della tetanotossina per cui resterebbero colpiti dalla infezione solamente i centri midollari della regione ferita. Occorre però tener presente che anche verso questa azione potrebbe rivolgersi l'efficacia della sieroterapia preventiva, nel senso che il siero potrebbe modificare la sensibilità del ferito verso la tossina e mettere gli elementi superiori del nevrasse in condizioni difensive tali da arrestare la marcia ascensionale della tossina tetanica.

Infine il Burrows per spiegare la patogenesi del tetano locale si richiama alle vie che segue la tossina tetanica per raggiungere il sistema nervoso centrale; le vie sono due: sanguigna e nervosa, orbene secondo il detto autore se ambo le vie sono aperte si ha il tetano generale, se sono chiuse non si ha tetano, se la prima è chiusa e la seconda è aperta si ha il tetano locale.

Questa interpretazione pur contenendo un fondamento di verità è fintroppo schematica per poter essere reale.

Affine alla detta ipotesi è quella di Pochammer il quale ritiene che la tossina si fissa sulla guaina mielinica dei nervi periferici, la quale rappresenterebbe lo strato isolante fra i vari cilindrassi delle fibre nervose: distrutto questo strato nei nervi misti qualunque stimolo che percorre le vie sensitive si scarica sulle vie motrici onde si ha contrattura e spasmo nel gruppo muscolare corrispondente. Con detta teoria però non ci si può spiegare l'estendersi degli spasmi dalla zona ferita agli altri gruppi muscolari fino a quelli di un intero arto, tetano monoplegico, e di entrambi gli arti, tetano paraplegico, e nello stesso tempo la mancanza di alterazione a carico della sensibilità superficiale e profonda.

Il Burrows ritiene ancora che il tetano locale si produce solo se vi è stata ferita diretta del tessuto muscolare ossia per azione della tossina tetanica direttamente sui muscoli e non si avrebbe mai dopo le ferite della pelle e del sottocutaneo. Orbene a parte la incongruenza pratica di questa interpretazione vi sono degli esperimenti di Pochammer il quale ha dimostrato che nelle regioni muscolari snervate non è possibile provocare sintomi tetanici neanche con iniezioni di dosi più volte mortali di tossina; pertanto è da considerarsi insostenibile l'ipotesi che la tossina tetanica provochi il tetano locale per azione diretta sui muscoli.

A questo punto occorre far notare che in quasi tutte le ipotesi prospettate risalta l'influenza che ha l'immunizzazione preventiva, la quale da sè sola se sufficiente e tempestiva può produrre la distruzione del focolaio tetanigeno e quindi salvare il ferito dalla infezione tetanica, mentre quando è insufficiente oppure viene praticata con un certo ritardo produce la diminuzione di attività del focolaio tetanigeno e l'insorgenza della forma frusta, attenuata, localizzata.

Sicchè il siero agirebbe in varii modi direttamente od indirettamente: 1) Azione di distruzione e neutralizzazione della tossina tetanica. 2) Azione di attenuazione sulla virulenza e diffusione della tossina tetanica. 3) Azione di preservazione dei centri bulbo-protuberenziali. 4) Azione sulla recettività degli elementi nervosi.

In conclusione la localizzazione dell'infezione dipenderebbe da varii fattori che possono agire in concomitanza fra di loro anche parzialmente e cioè: sieroterapia preventiva incompleta, bacilli poco virulenti e poco numerosi, concorrenza vitale verso il bacillo di Nicolaier da parte di germi coesistenti nell'atrio dell'infezione, assente recettività da parte dei gruppi aptofori degli elementi nervosi degli altri segmenti midollari verso la tetanotossina, assorbimento della tossina attraverso le vie nervose periferiche e non sanguigne.

Diagnosi differenziale. La diagnosi differenziale va fatta anzitutto dalle *contratture non traumatiche di origine piramidale;* l'anamnesi nel tetano locale ci mostrerà l'esistenza di un trauma con ferita anche piccolissima e spesso già cicatrizzata, nelle contratture di origine piramidale si ricerchino tutti i sintomi piramidali classici (clono del piede, della rotula, fenomeno di Babinski, fenomeno di Bechterew-Mendel, riflesso di Oppenheim, assenza dei riflessi addominali).

Il tetano locale si distingue dalla *tetania* oltre che per l'anamnesi per le classiche attitudini delle mani e dei piedi, per il segno di Trousseau, per il segno di Chwosteck, caratteristici della tetania; si differenzia dalla *meningite* per la presenza in questa infezione della febbre e di tutto un quadro sintomatologico tipico (cefalea, vomito, rigidità nucale, paralisi e paresi dei vari nervi cranici con strabismo, anisocoria, segno di Kernig ecc.).

La diagnosi differenziale dall'epilessia Jakso-

niana traumatica si fa tenendo conto che questa succede a traumi del capo, con localizzazioni alla metà del corpo opposta all'emisfero leso; nell'intervallo degli accessi convulsivi non vi è rigidità come nel tetano locale, mancano i dolori lancinanti, solo talvolta l'attacco è preceduto da parestesie nella parte del corpo da cui incominciano le scosse convulsive.

La *paraplegia spastica traumatica* si differenzia dal tetano paraplegico per la diminuzione della forza muscolare, per la presenza di disturbi sensitivi, per la costanza del Babinski, del clono della rotula e del piede.

Gli spasmi precoci traumatici limitati ad un gruppo muscolare insorgono subito dopo il trauma, sono dovuti ad irritazione dei muscoli (spine irritative) da parte di un corpo estraneo (scheggie, frammenti di proiettile) il quale si è indovato nel ventre muscolare e specie fra muscolo e tendine; questi spasmi cessano quando viene rimossa la causa determinante.

Le nevriti traumatiche si differenziano per la coesistenza di disturbi della sensibilità, della motilità, disturbi trofici.

Nelle contratture riflesse di Babinski e Froment vi sono disturbi vasomotori, termici, secretori, talora uno stato psichico particolare dell'infermo ed atteggiamenti caratteristici (mano ad acquasantiera, mano da ostetrico, a collo di cigno).

La diagnosi differenziale *dall'isterismo* si farà tenendo conto dell'anamnesi e del quadro della malattia: le contratture tetaniche sono dolorose e si presentano con crisi parossistiche, invece le contratture isteriche non sono dolorose, hanno tendenza alla generalizzazione, nell'isterismo ancora le manifestazioni sono sempre mutevoli, saltuarie, si accompagnano ad attitudini sentimentali, talvolta si può assistere alla vera convulsione isterica classica, infine occorre ricordare la presenza nell'isterismo delle anestesie, del singhiozzo, degli effetti utili della suggestione e nel tetano locale la ipereccitabilità elettrica e la iperriflessività tendinea ed ossea.

Terapia. Nel caso nostro abbiamo ottenuto la guarigione usando il siero antitetanico per via endomuscolare ad alte dosi (60 cent. cub. complessivamente in 10 giorni) insieme con clisteri di cloralio e pozioni di bromuro.

Ottimi risultati si sono ancora ottenuti dai vari autori associando alla sieroterapia usata per le vie più svariate (endovenosa, endorachidea, endonervosa) la cura alla Baccelli con l'acido fenico; è accertato ormai che mediante sì fatte cure il tetano locale permette di formulare una prognosi buona con esito in guarigione, però è consigliabile una certa perseveranza in detta cura anche in casi di apparente insuccesso.

Concludendo possiamo ritenere che le forme locali del tetano siano legate nella maggior parte direttamente od indirettamente ad una sieroterapia preventiva insufficiente e che per poter ottenere la scomparsa di esse bisognerà per l'avvenire che la siero profilassi venga attuata nel modo più completo possibile (tre iniezioni di siero nello spazio di 15 giorni) e sopratutto non lasciando trascorrere del tempo fra il traumatismo e la iniezione del siero.

RIASSUNTO.

L'A. avendo osservato nel reparto isolamento dell'Ospedale Incurabili di Napoli un caso di tetano parziale localizzato ad un arto superiore, seguito da guarigione mediante la sieroterapia antitetanica, ne trae lo spunto per fare alcune considerazioni sulla patogenesi del tetano locale.

Egli giunge alle conclusioni che la localizzazione del tetano dipende da varii fattori che possono agire in concomitanza fra di loro anche parzialmente, e cioè: sieroterapia incompleta preventiva, bacilli poco virulenti e poco numerosi, concorrenza vitale verso il bacillo di Nicolayer da parte di germi coesistenti nell'atrio dell'infezione, assente recettività dei gruppi aptofori degli elementi nervosi dei segmenti midollari superiori verso la tetanotossina, assorbimento della tossina attraverso le vie nervose periferiche e non sanguigne.

BIBLIOGRAFIA.

1) ABOULARAGE. Policlinico. Sez. chir., 1920, 201.
2) BAZY. Presse Médicale, febbr. 1928.
3) BURROWS. Lancet, gennaio 1917.
4) CARNOT. Paris Médical, 1915, 541.
5) CAUDRAT. Journal de Chirurgie, 1918, pag. 388.
6) CLAUDE et LHERMITTE. Presse Médicale, 14 ottobre 1915.
7) COLOMBINO. Riforma medica, 1917, 461.
8) COURTELLEMONT. Paris Médical, 1915, 3.
9) COURTOIS-SUFFIT, RENÉ GIROUX. Bull. Académie de Médecine, 25-I-1916.
10) COURTOIS, SUFFIT, RENÉ GIROUX. *Les formes anormales du tétanos.* Masson, édit.
11) CUNSTON. New York Medical Journal, 1918, 505.
12) DONATI. Archivio Italiano di Chirurgia, 1° agosto 1919.
13) ESAU. Deutsche Medizinische Wochenschrift, aprile 1910, 15.

14) Fricker. *Les tétanos partiels*. Thèse de Lyon, 1916.
15) Guilleminot et Pouget. Presse Médicale, febbraio 1927.
16) L. B. Policlinico, Sez. pratica, 1920, n. 51.
17) Laval. Bulletin de l'Académie Médecine, nov. 1915, n. 47.
18) Le Fort. Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris, 17 agosto 1915.
19) Lumière. Bulletin Académie de Médecine, 16-5-1916.
20) Lumière et Berard. Lyon Chirurgical, ottobre 1915.
21) P. L. Marie. Paris Médical, luglio 1916.
22) Masci. Policlinico, Sez. medica, 1918, 24.
23) Merviel. Soc. Chir., 2-2-1916.
24) Monod. Bulletin de l'Académie de Médecine, novembre 1915.
25) M. Perrin. Journal de Chirurgie, 1918, 388.
26) Pochammer. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 13 agosto 1908.
27) Pozzi. Bulletin de l'Académie de Médecine, novembre 1915.
28) Ramirez-Martinez. Thèse de Montpellier, 27 luglio 1915.
29) Rizzo. Giornale di Clinica Medica, 1920, pagina 493.
30) Roncali. *Le infezioni chirurgiche*. Vol. II, p. I.
31) Routier. Bulletin de l'Académie de Médecine, nov. 1915.
32) Scalone. La Clinica Chirurgica, 1919, pag. 237.
33) Straton. Journal de Chirurgie, 1917, pag. 259.
34) Tapie. Gazette des hôpitaux, n. 14, febbraio 1924.
35) Valette et Leriche. Lyon Chirurgical, ottobre 1915, pag. 427.
36) Zuccari. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 1920, n. 9, pag. 99.

Prezzo di ogni numero separato del « **Diritto Pubblico Sanitario** », L. **5.**

L'abbonamento ai dodici Numeri del 1931 costa L. **36**, ma agli associati al « Policlinico » è concesso per sole L. **30**, che vanno inviate, mediante Vaglia Postale o Bancario, all'editore Luigi Pozzi, Via Sistina 14, Roma.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI

Nuova siringa per iniezioni endovenose.

Dott. M. Künsztler,
medico primario, Budapest.

L'iniezione endovenosa di rilevanti quantità di liquido è sempre un problema insoluto, in specie allorquando si tratta di liquidi caustici (uroselectan, avertina, rivanol) ovvero di liquidi scuri (Jodtetragnost). Le proprietà di questi liquidi sono precisamente quelle che aggravano l'introduzione endovenosa perfetta dell'ago. Se il liquido è oscuro, la colonna ascendente del sangue nella siringa diventa invisibile; se è caustico, l'eventuale disguido paravenoso produce un'infiltrazione nei tessuti.

Due problemi erano da risolvere. In primo luogo, l'introduzione endovenosa perfetta dell'ago. A tale uopo occorreva un liquido di controllo trasparente e neutro. In secondo luogo doveva essere creata una siringa alla quale, durante tutta la procedura dell'iniezione, l'ago sia fissato e non debba essere tolto.

Il secondo problema è già risolto dalle siringhe speciali in uso, mentre il primo non lo è, precisamente perchè in tutti i modelli esistenti il liquido da iniettare passa attraverso il cilindro della siringa.

La siringa. — Ho potuto costruire una siringa, mercè la quale lo scopo è stato raggiunto nella totalità.

Essa contiene una soluzione fisiologica di cloruro di sodio, mentre il liquido proprio da iniettare viene raccolto in un recipiente. Entrambi i liquidi sono perfettamente separati e senza alcun contatto.

Descrizione. — La nuova siringa ha la capacità di 10 cmc. Un cambiamento è stato portato solo nella parte anteriore, con le seguenti due innovazioni. Dalla parte anteriore sporge a destra con cono *A*, il quale termina nel cono maschio. Il suo foro è in comunicazione con la perforazione dell'asse della parte anteriore. In questa stessa parte è inoltre applicato un rubinetto a tre vie, il quale regola la direzione della corrente e, rispettivamente, la comunicazione fra i tre condotti (siringa, cono, ago).

Alla leva di posizione *C* del rubinetto, come anche alla piattaforma della parte anteriore, sono applicati degli incavi che corrispondono esattamente ai condotti interni. Con ciò a prima vista è facile assicurarsi sulla posizione della comunicazione. Al lato sinistro della piattaforma, prima della posizione 2, vi è un in-

cavo obliquo *D*, che ha lo scopo di marcare esattamente il momento in cui comincia la comunicazione fra vena e recipiente.

Il rubinetto a 3 vie può formare le seguenti 4 posizioni:

Posizione I: Leva in direzione dello stantuffo: comunicazione siringa e ago.

Posizione II: Leva in direzione a sinistra: comunicazione recipiente e ago.

Posizione III: Leva in direzione verso l'ago: comunicazione recipiente, ago e siringa.

Posizione IV: Leva in direzione a destra: comunicazione siringa e recipiente.

Quando l'ago sarà in posizione *giusta*, il rubinetto avrà ancora la posizione 2, nella quale la comunicazione della vena con la siringa è interrotta, mentre la vena è invece in comunicazione col recipiente. Ora un assistente spinge il liquido da iniettare, mediante una doppia palla, attraverso il tubo da drenaggio ed il cono, direttamente nella vena. La siringa stessa resta, durante tutta la procedura dell'iniezione endovenosa, inamovibile nell'ago, il quale pertanto è trattenuto nella vena.

Qualora venisse iniettato un liquido caustico, il rubinetto viene ricondotto alla posizione I e la soluzione fisiologica di cloruro sodico viene quindi iniettata quale lavaggio delle vene, rispettivamente per evitare una trombosi venosa. La velocità d'introduzione del liquido da iniettare nella vena, è regolata a volontà mediante la graduale apertura del rubinetto.

FIG. 1.

In posizione I questa siringa è usabile come ogni altra siringa normale. Quale recipiente, può servire un'altra siringa più grande, oppure l'apparecchio Potain. Per recipiente soddisfa in modo ideale *l'ampolla da iniezione da me costruita, che non solo serve da recipiente ma, contemporaneamente, da apparecchio stesso per iniezione.*

Uso. — La siringa viene riempita di un liquido trasparente e neutrale (soluzione fisiologica di cloruro sodico) ed il cono laterale collegato col recipiente, mediante un tubo a drenaggio. In posizione 2 l'aria viene espulsa dal tubo di collegamento. Indi il rubinetto viene portato in posizione I, col quale la siringa viene collegata all'ago. L'ago viene introdotto nella vena. Al ritiro dello stantuffo diventa visibile la colonna ascendente del sangue. Qualora nell'azionare lo stantuffo si producesse eventualmente una vescichetta paravenosa, questa è innocua, poichè, è dovuta solamente a una soluzione fisiologica di cloruro sodico.

Riepilogo. — La nuova siringa offre dunque, le seguenti possibilità:

1) La siringa stessa contiene una soluzione fisiologica di cloruro sodico, mentre il liquido da iniettare si trova in un recipiente. Entrambi i liquidi sono perfettamente separati ed in nessun momento a contatto fra di loro.

2) Sotto il controllo della soluzione fisiologica che si trova nella siringa, l'ago può essere introdotto nella vena facilmente e sicuramente.

3) La siringa stessa è innestata immobilmente all'ago per tutta la durata della iniezione, e col suo aiuto l'ago resta fissato nella vena.

4) Qualora venisse iniettato un liquido caustico (Jodtetragnost, uroselectan, rivanolo, avertina), la soluzione fisiologica di cloruro sodico contenuta nella siringa viene iniettata,

in seguito, per il lavaggio della vena, così da evitare una trombosi venosa.

5) La siringa nella posizione I può essere adoperata come qualunque altra siringa Record.

6) La siringa si adatta perfettamente quale siringa d'attacco per la sonda del duodeno.

Si è costruita anche una siringa della capacità di 2 cc., del medesimo tipo. Anche questa ha un attacco laterale a destra, come anche un rubinetto a 3 vie, e per effetto delle sue dimensioni piccole l'ago può essere più facilmente mantenuto nella vena. La vena però non può subire il lavaggio. Per tale motivo viene usata solo per iniezioni endovenose di maggiori quantità di liquidi neutri (500-1000 cc. di soluzione fisiologica di cloruro sodico).

L'AMPOLLA DA INIEZIONE. — Si tratta di trovare per la nuova siringa un corrispondente recipiente. L'uso dell'apparecchio Potain e sopratutto la sua sterilizzazione sono troppo complicati. L'uso di un'altra siringa più grande, non garantisce l'introduzione uniforme nella vena del liquido da iniettare. Ho potuto costruire uno strumento che serve non solo quale recipiente, ma contemporaneamente anche quale apparecchio da iniezione.

Descrizione. — L'ampolla consiste di una campana *G* massiccia, a piede fisso, munita di un tubo di introduzione *H* e di un tubo di deflusso *J*. Il tubo di deflusso trova la sua continuazione nell'interno, in un tubo di vetro *K*, che arriva sino al fondo della bottiglia. Il tubo d'introduzione ha il diametro interno di 7,0 mm. Fra il tubo d'introduzione e la doppia palla di gomma si trova un angolo di vetro *N*, che porta un filtro di ovatta (Watte nella figura) per l'aria.

Si forniscono ampolle della capacità di:

60 cc. per Jodtetragnost; 125 cc. per Uroselectan; 500 e 1000 cc. per glucosio e soluzione fisiologica di cloruro sodico. L'ampolla da 60 cc. si fabbrica in vetro normale di Jena e le altre in vetro di Turingia di prima qualità.

FIG. 2.

Uso. — Il liquido da iniettare s'introduce nell'ampolla mediante imbuto, attraverso il tubo d'introduzione. Si sterilizza poi l'ampolla e si chiude ogni tubo mediante cappuccio di gomma, previa bollitura. In tale stato, pronta per l'uso, l'ampolla viene fornita al medico. Questi, dopo aver tolto i 2 cappucci, collega il tubo d'introduzione colla doppia palla ed il tubo di deflusso colla siringa Künsztler. Ora il nuovo insieme per iniezione endovenosa è composto a regola d'arte. L'ago viene introdotto nella vena ed ivi trattenuto coll'ausilio della siringa durante tutta la procedura dell'iniezione endovenosa. Un assistente spinge il liquido mediante una doppia palla, direttamente nella vena.

Per le ampolle di 60 e 125 cc. basta che la doppia palla prima dell'uso sia gonfiata a pieno. Il liquido si trova allora nell'ampolla a piena pressione e defluisce da sè nella vena. In questo modo è possibile fare da soli senza alcuna assistenza un'infusione di Jodtetragnost o di Uroselectan.

Naturalmente queste ampolle possono essere adoperate ugualmente bene per iniezioni sottocutanee ed altre. Qualora però si adoperi l'ampolla senza la siringa Künsztler, si introduca nell'estremità del tubo di deflusso un cono maschio, per l'innesto immediato dell'ago.

Riassumendo. — L'ampolla ha, di fronte agli usuali apparecchi da iniezione (Potain), i seguenti considerevoli vantaggi:

1) Non serve solo da recipiente, ma rappresenta in pari tempo l'apparecchio stesso da iniezione. Il liquido da iniettare si introduce direttamente nell'ampolla senza essere messo prima in una bottiglia. L'ampolla viene collegata senz'altro mediante tubo a drenaggio, da una parte colla siringa Künsztler, dall'altra con la doppia palla.

2) L'ampolla integra la siringa Künsztler in un insieme completo per iniezioni endovenose.

3) I liquidi da iniettare possono rimanere chiusi nell'ampolla sterilmente ed ermeticamente per lungo tempo. Dovendosi procedere all'uso, l'ampolla viene istantaneamente applicata all'apparecchio per iniezione.

SUNTI E RASSEGNE.

ENDOCRINOLOGIA.

Ghiandole endocrine e denti.

(W. LINTZ. *Endocrinology*, n. 1, genn. 1931).

In un particolareggiato studio sono presi in esame i rapporti che passano tra i denti e le ghiandole endocrine.

Sono noti i rapporti tra alcune infezioni dentarie e lesioni generali, come artriti, ulcera gastrica, lesione della cistifellea.

Anche sul sistema endocrino i denti hanno una certa influenza; la sensibilità di tali ghiandole alle tossine ed ai batteri è un'osservazione comune; è quindi evidente che un focolaio settico dentario può agire in modo dannoso su tali ghiandole. D'altra parte si sa che il metabolismo del calcio è attribuito principalmente al normale funzionamento endocrino. Vi è una netta relazione tra le varie malattie endocrine e la perdita dei denti, ed è stato anche notato che se un individuo ha molti denti mancanti, anche gli altri sono in cattiva condizione.

Nel presente studio sono presi in considerazione lo stato dei denti in rapporto a diversi fattori, quali il diabete mellito, la menopausa, l'obesità, le alterazioni endocrine. Dal dettagliato studio emerge che sia nel diabete mellito che nell'obesità vi è una netta perdita di denti: tale fatto sta a testimoniare della evidente relazione che passa tra queste due malattie ed i denti, forse attraverso il fattore endocrino. È molto probabile che le tossine ed i batteri dell'infezione dentaria si propagano alle ghiandole endocrine, danneggiandole; queste a loro volta agiscono in modo dannoso sui denti, stabilendo così un circolo vizioso tra questi due elementi, attraverso il metabolismo del calcio.

L'infezione dei denti, che spesso precede il diabete, provoca un'alterazione delle isole di Langerhans, e quindi l'estirpazione di denti guasti, come focolaio permanente d'infezione, è una necessità terapeutica nel diabete.

La perdita di denti è accidentale, ma avviene in uno stato di salute buono o cattivo. I molari sono i primi ad alterarsi, i canini gli ultimi; in prevalenza si guastano i denti del mascellare superiore.

Le lesioni dentarie sono frequentemente associate con nette stigmate endocrine, sopratutto per quanto riguarda la ghiandola tiroide.

L. CARUSI.

Sulla malattia di Basedow con pinguedine.

(PORTUGALOFF, *Z. f. Chir.*, n. 50, 1930).

Su 86 casi di morbo di Basedow primitivo osservati nella Clinica Chirurgica di Rostow diretta da Bogoras si sono visti 5 casi con adiposità mentre ordinariamente il quadro per un aumento del ricambio, si accompagna con una certa cachessia e con crisi di dimagramento. Questo stato cachettico fu riscontrato da Kocker nell'88 % dei casi. Così che questi 5 casi che si allontanano dal quadro normale hanno un certo interesse.

Il primo caso riguarda una giovane di 23 anni affetta da 2 anni dalla malattia che con i sintomi tipici dell'esoftalmo, gozzo e tachicardia cominciò ad aumentare di peso (in 5 mesi circa 16 Kg.). Le mestruazioni normali prima della malattia diventarono fortemente irregolari con notevole ritardo. Nell'anammesi vi era un forte trauma psichico. Obiettivamente la paziente oltre i segni tipici e il Gräfe e Möbius positivi presentava un peso di 60 Kg., con una adiposità alle coscie e al torace da distinguersi bene dallo stato mixedematoso. Fu fatta in due tempi una strumectomia subtotale e l'ammalata migliorò perdendo nel primo mese dopo l'operazione 12 libbre del peso, ma dopo due anni ricomparvero i sintomi del Basedow accompagnati dall'adiposità.

Il secondo caso è simile al precedente: fu fatta l'emistrumectomia a d. e resezione cuneiforme a sin.

I sintomi del Basedow e dell'adiposità ritornarono dopo 1 anno.

Nel terzo caso fu fatta una resezione del lobo destro della tiroide ma l'ammalato non migliorò mentre ebbe un certo vantaggio dalla somministrazione di preparati ipofisari.

Il quarto caso ebbe un risultato dubbio dalla tiroidectomia subtotale. L'adiposità rimase invariata.

Nel 5° fu fatta la legatura delle 4 tiroidee e non si ebbe alcun miglioramento dei sintomi basedowici e dell'adiposità.

Dall'esame di questi casi si devono fare due rilievi: i risultati dubbi della strumectomia, la combinazione paradossale dei sintomi tipici del Basedow con una adiposità. È da notare che si trattava di una forma pura di adiposità e non di un mixedema, combinazione già conosciuta e ben distinguibile. Se si può ammettere che il mixedema è in relazione con una malattia della tiroide, l'adiposità invece deve essere messa in relazione con altri organi endocrini come l'ipofisi e le ovaie.

Weljaminow che per primo descrisse la combinazione del Basedow col mixedema ammise una disfunzione della tiroide e Boothby crede che una parte della secrezione sia normale ed una anormale. A questa possibilità di combinazione del Basedow con mixedema si deve aggiungerne ancora un'altra messa in rilievo dal De Quervain, il cretinismo (ipodistiroidosi secondo De Quervain).

In questi casi con una tiroidectomia i sintomi non regrediscono e Boothby ha in tali casi fatto un trattamento combinato di iodio e di tiroidina.

Oswald in queste sindromi basedowiche con mixedema ammette una ipertonia del sistema neuro vegetativo, mentre Oppel ammette la formazione di due ormoni nella tiroide. Lawrence e Rowe come pure Lowzky credono che in tali malati dopo una fase di aumentata funzione della tiroide avvenga una involuzione. Klose ammette che le alterazioni principali della malattia non siano nella tiroide ma nel sistema vegetativo. L'A. ammette che si possa trattare di una sindrome pluriglandolare e a conferma di ciò riporta un caso studiato nella Clinica nel quale fu fatto un doppio trapianto omoplastico, dapprima di tiroide e poi di ovaio. Dopo il primo innesto regredirono i segni del mixedema, dopo il secondo comparvero epistassi e dolori alle mammelle. Questo caso gli fa ammettere una lue plurighiandolare alla quale si può riportare anche la combinazione del Basedow con l'obesità. Perciò in tali casi si dovrebbe agire con una terapia plurighiandolare con impianti di ghiandole ipofunzionanti e resezioni di altre iperfunzionanti. Su ciò insiste Pende non solo, con gli omo ma anche con gli eterotrapianti. È certo che con tutto quanto è stato esposto si avvera sempre più il detto degli autori tedeschi che il morbo di Basedow è la malattia delle teorie. R. Brancati.

L'importanza fisiologica e patologica del sistema timo-linfatico.

(S. Mouriquand e M. Bernheim. *Archives de médecine des enfants*, aprile 1931).

Per quanto la nozione di un apparato timo-linfatico sembri a priori indiscutibile, gli autori si domandano se questa associazione tra timo e organi linfatici esista veramente, e se veramente si possa parlare di un sistema timo-linfatico. Secondo gli AA. stessi, mancherebbe innanzi tutto la prova della sua esistenza: nè l'embriologia, nè l'istologia, nè la fisiologia permettono d'identificare nella loro origine, nella loro struttura o funzione, il timo e quelli che si dicono gli organi linfatici (come i gangli, la milza, ecc.).

Solamente la loro costituzione biochimica (abbondanza di nucleo-proteidi, loro importanza nella fase involutiva di questi organi) permette di ravvicinare i due sistemi, mentre anche la maggior parte dei processi patologici stessi si oppongono a questo ravvicinamento.

Pur tuttavia, secondo il parere unanime dei pediatri, sembra difficile negare l'esistenza di uno stato timo-linfatico, essenzialmente caratterizzato dalla ipertrofia del timo, dei gangli linfatici, della milza, uno stato di nutrizione speciale spesso legato alla spasmofilia e favorevole alla morte improvvisa. Ma l'importanza dell'ipertrofia stessa del timo, nello stato timico, è anch'essa assai discussa; anche la spiegazione della morte improvvisa per il timo è difficile a spiegarsi, ed occorre domandarne la spiegazione (quando sia assente una netta spasmofilia) ad uno squilibrio vitale per ora oscuro, ad una « diatesi della morte improvvisa » di cui rimangono da chiarire gli elementi essenziali.

L'origine dello stato « timo-linfatico » per alcuni sarebbe in uno « stato costituzionale »; per altri, come per gli AA. essa, si dovrebbe ricercare nell'azione di diversi fattori infettivi o tossici agenti sulla vita endo-uterina.

In ogni modo, secondo gli AA., lo stato timo-linfatico consisterebbe in una distrofia speciale, favorevole alla morte improvvisa; tale distrofia può essere aggravata da fattori post-congeniti, dalla sovralimentazione, specialmente se carenzata.

Gli AA. ritengono che tale stato meriti di essere studiato minuziosamente nelle sue manifestazioni e nelle sue cause possibili, e che gli studi debbano essere orientati verso lo studio analitico delle condizioni di un grave squilibrio nutritivo, disendocrino, del quale lo stato di Paltauf sarebbe la più alta espressione.

C. Nervi.

SIEROLOGIA.

Sul tasso complementare nelle diverse malattie.

(JA I. LIPKIN. *Giornale di Batteriologia e Immunologia*, vol. IV, n. 5, maggio 1931).

In un interessante studio, l'A. esamina il valore del tasso complementare nell'individuo sano e nelle più diverse malattie.

La diversità del tasso complementare nell'individuo sano è insignificante.

La minima quantità di siero diluito al decimo necessaria per l'emolisi oscilla fra 0,2 e 0,25 cmc. Il contenuto in complemento aumenta, in generale, nelle malattie acute, diminuisce in quelle croniche e suppurative. Su 16 casi di reumatismo artic. acuto, in 11 fu riscontrato un aumento sulla norma del tasso complementare e solo in un caso si ebbe diminuzione; valori al disopra della norma si notano pure nell'ittero infettivo e nelle epatiti. Al contrario, nelle cirrosi epatiche e nell'ittero da neosalvarsan si riscontra una notevole diminuzione del tasso complementare.

Notevole e costante è pure la caduta del potere complementare nelle nefrosi.

La lue cronica produce in generale un abbassamento del potere complementare; l'ulcera gastrica un aumento. Nel morbo di Werlhoff si ha assenza di emolisi, ciò che suffraga l'opinione di Fuchs, secondo la quale il complemento è equivalente alla protrombina che, come si sa, è fortemente diminuita nel m. di Werlhoff.

Il complemento è assente nel liquido cefalo-rachidiano; negli essudati è uguale a quello del siero, mentre è ridotto al decimo e oltre nei transudati del cavo pleurico e del peritoneo.

L'A. si domanda se la variazione del tasso complementare abbia un significato prognostico e se il complemento possa considerarsi come un fattore di difesa elaborato dall'organismo.

La sua casistica è insufficiente per una risposta definitiva, però l'A. espone l'avviso che le variazioni del tasso complementare siano in rapporto all'attività funzionale di questo o quell'organo o sistema ricco di cellule reticolo-endoteliali. L'aumento del valore complementare si nota infatti in tutte quelle malattie che sono caratterizzate da una stimolazione del sistema reticolo-endotelio, tali come le malattie infettive acute. Viceversa, si nota una diminuzione del complemento nelle malattie infettive croniche, nelle quali si ha, almeno in parte, il blocco del sistema reticolo endoteliale.

Per l'A. l'aumento del tasso complementare nella leucocitosi non è in rapporto all'attività dei leucociti, come vuole Buchner, ma è la conseguenza di una stessa causa, cioè la stimolazione del S. R. E. del midollo osseo, della milza e di altri organi. In appoggio a questa ipotesi l'A. ha constatato che nei casi nei quali si aveva un aumento del tasso complementare si aveva sovente una notevole leucocitosi, deviazione a sinistra della formula leucocitaria e, in alcune circostanze, una grande quantità di monociti. Ciò che, secondo l'opinione di molti AA. è da interpretarsi come la conseguenza dell'accresciuta attività delle cellule del R. E. del midollo osseo, della milza e di altri organi.

Per studiare la funzione del S. R. E., in riguardo all'elaborazione del complemento, l'A. si è servito del bloccaggio di detto sistema, mediante sangue di animali, vaccini, siero, tossine e dell'inchiostro di china. Egli ha così potuto constatare che è possibile abbassare o elevare artificialmente il tasso complementare del siero, a seconda della natura e della concentrazione del materiale di bloccaggio impiegato e in dipendenza di una depressione o esaltamento del S. R. E.

La titolazione, pertanto, del tasso complementare può riuscire anche di pratica utilità per sorvegliare la cosidetta colloido-terapia. Così, nei suoi esperimenti sui conigli, l'A. otteneva un aumento del tasso complementare con l'introduzione di inchiostro di china e di tossina a dosi stimolanti il S. R. E.; i vaccini, il siero e il sangue ne cagionarono una diminuzione.

In considerazione del fatto che l'emolisi avviene da un lato per la presenza del complemento, dall'altro per la presenza dell'ambocettore che si trova nel siero non immune. L'A. volle studiare in merito il significato del secondo fattore emolitico. In queste sue ricerche l'A. non osservò mai un parallelismo tra la quantità di complemento e di ambocettore. Sieri ricchi in complemento spesso non cagionarono l'emolisi in nessuna provetta contenente siero riattivato più siero fresco di cavia. Per contro, siero a scarso contenuto in complemento cagionarono l'emolisi a dosi non tanto elevate.

È però intenzione dell'A. approfondire maggiormente le sue ricerche in riguardo alle funzioni dell'ambocettore. M. TRIPODI.

Esperienze con infusioni intraperitoneali di siero anticolico nelle peritoniti tardive.

(SPITZER. *Zent. f. Chir.*, n. 51, 1930).

I primi risultati buoni su questo trattamento si devono a Katzenstein che li pubblicò nel 1927 e furono seguiti poi da comunicazioni di Henning su circa 100 casi, Knopp, Kohler ed altri.

Anche nell'ospedale di Trautenau ove è primario Erkes hanno usato questo metodo del siero anticoli in casi di peritonite diffusa da perforazioni di appendicite gangrenosa. Non

hanno usato come consiglia Katzenstein l'iniezione di 1 cmc. di siero prima dell'operazione per evitare i fenomeni anafilattici ma invece l'infusione di siero (a dosi alte) durante l'operazione da sola o in combinazione con le applicazioni locali o con le iniezioni endovenose.

Il siero anticolico è antitossico e può influire nel miglior modo infondendolo direttamente nel peritoneo in modo che rapidamente l'antitossina viene applicata su una grande estensione. È noto che il coli porta ad una peritonite generalizzata che conduce a morte rapidamente per alterazioni dell'innervazione intestinale e poi per paralisi cardiaca. Se si adopera il siero anticolico specialmente in grandi dosi e per infusione intraperitoneale si ha subito come conseguenza l'inizio della peristalsi intestinale e poi una rapida localizzazione del processo infiammatorio. Combinandovi l'introduzione per via endovenosa si porta rapidamente la antitossina in circolo e si evitano le paralisi tossiche del centro vaso-motorio e dirette del cuore nei casi maligni. Però il trattamento endovenoso da solo non basta occorrendo quello locale a traverso la grande superficie peritoneale.

Il dosaggio non è fisso variando con la gravità del processo e coi sintomi generali.

I casi più gravi di peritonite da coli con sintomi di tossiemia ricevettero fino a 100 cmc. per volta di siero intraperitoneale e dopo l'operazione eventualmente ancora 25 cmc. endovena. Per i casi leggeri bastarono 25 cmc. In casi con processo localizzato furono usate infusioni intraperitonali di 25-50 cmc. e raramente si aggiunse altro siero intravena, o localmente nei drenaggi e tamponi. Il siero può essere usato senza pregiudizio anche nei bambini.

Riporta brevemente le storie cliniche di casi con peritonite diffusa da perforazione appendicolare nei quali l'infusione di siero anticolico oltre il trattamento chirurgico abituale, con drenaggio, anche in casi disperati nei quali si ricorse all'iniezione intracardiaca di strofantina, portò alla guarigione.

Riporta diffusamente un caso molto grave nel quale oltre il trattamento chirurgico e l'infusione intraperitoneale di 50 cmc. di siero anticoli, di 50 cmc. intramuscolo aggiunse l'iniez. end. di 2 cmc. di sintofillina (teofillina-etilendiamina) la quale secondo Fröhlich e Zak avrebbe la proprietà di rendere i tessuti maggiormente permeabili ai liquidi come è stato sperimentato per la terapia antitetanica, antidifterica. Anche in tale caso ebbe la guarigione. In generale sono casi che trattati senza siero sarebbero stati perduti.

In conclusione può dire che: gravi quadri d'intossicazione da peritonite da coli con alterazioni di circolo, dispnea, scompaiono 24 ore dopo il trattamento con siero; che il siero è capace di ripristinare la peristalsi intestinale già dopo 14 ore nei casi più gravi, che consegue subito una localizzazione del processo generalizzato. Confrontando alcune cifre di risultati con e senza il siero di 6 mesi dello stesso ospedale rileva che dall'ottobre al marzo 1930 (prima del siero) ebbero 11 casi di peritonite grave da coli con 7 morti (63,6 %); dall'aprile all'ottobre 1930, periodo del siero, su 12 casi di peritonite grave ebbero solo un morto (8,3 %).

Certo che l'uso di un siero polivalente antitossico per i coli, gli strepto e stafilococchi, potrebbe migliorare ancora la terapia di questi pazienti anche moribondi. R. BRANCATI.

Sieri antipneumococcici omologhi nella cura della polmonite lobare.

(R. ARMSTRONG e R. SLEIGH JOHNSON. *The Brit. Medic. Jour.*, 30 maggio 1931).

Gli AA. hanno usato siero antipneumococcico omologo in casi di polmonite prodotta da pneumococco tipo I e tipo II. Essi stabilivano il tipo del germe prima di cominciare la cura. Ritengono che i migliori risultati si abbiano con dosi generose e usate per via endovenosa tanto più che essi ritengono si possa facilmente dominare un eventuale shock anafilattico coll'iniezione sottocutanea di adrenalina. La dose da usarsi è di 20 cc. di siero, da iniettarsi lentamente. Negli asmatici o nei soggetti che si sa sensibili è bene adoperare metà dose. Nei polmonitici iniziali essi fanno un'iniezione di 20 cc. di siero antipneumococcico seguita da un'altra di 10 cc. e poi una dose finale di 10 cc. Nei casi di malattia già manifestata da più giorni tre iniezioni da 20 cc. e una terminale a metà dose. Gli intervalli fra un'iniezione e l'altra è di 8-12 ore Da queste cure gli AA. esclusero i bambini e i vecchi.

Su 26 casi studiati, la cura cominciata in 6 casi al secondo giorno di malattia ha fatto abortire la polmonite in tutt'e sei i casi. Negli 8 casi in cui la cura fu iniziata in terza giornata, 3 ebbero arresto della malattia, 4 migliorarono e 1 non si modificò. Su 4 casi con inizio della cura al quarto giorno, 1 ebbe arresto della polmonite, 3 migliorarono. In 4 casi la cura cominciò al 5° giorno; si ebbero 3 migliorati e 1 invariato.

In 4 casi si iniziò il trattamento al sesto giorno: 2 migliorarono e 2 non ne furono influenzati. Riassumendo: su 26 casi 18 furono curati con siero nei primi quattro giorni di malattia e in 10 la polmonite abortì e in 7 migliorò in modo evidente. In 1 caso si ebbe miglioramento sul principio della cura, ma poi il malato morì. Questa cura si mostra particolarmente adatta a eliminare i fenomeni tossici, il delirio e la cianosi della polmonite. R. LUSENA.

SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI.

Sintomatologia e patogenesi della diatesi emorragica.

(H. LETHEBY TIDY. *British Medical Journal*, 27 dicembre 1930).

Si dà il nome di diatesi emorragica all'affezione nella quale si verificano senza causa apparente stravasi di sangue nella cute e nelle mucose.

La condizione sembra dovuta ad un aumento della permeabilità dell'endotelio dei capillari. Le piastrine tendono verso i punti emorragici per arrestare la fuoriuscita di sangue e si allontanano così dalla circolazione.

Si ha in conseguenza una più intensa richiesta di piastrine, alla quale il midollo osseo risponde più o meno adeguatamente. La normale azione della milza nel distruggere i componenti patologici del sangue aumenta e si ha così splenomegalia. Resta a stabilire perchè la permeabilità capillare è alterata, e se essa è dovuta o non all'azione primitiva dell'anormale funzione della milza.

Le forme più caratteristiche delle emorragie sono le ecchimosi, la porpora e le suffusioni mucose.

Le emorragie possono essere intermittenti o continue. Possono verificarsi solo per pochi giorni o ripetersi ininterrottamente e successivamente per anni. Le crisi emorragiche possono ripetersi a distanza di tempo separate le une dalle altre da intervalli più o meno lunghi.

Le emorragie possono verificarsi separatamente nelle singole membrane mucose, in quella del naso, dei reni, dell'utero e dello stomaco. Sono stati registrati anche casi di emorragie nelle articolazioni, nella pleura e perfino nelle meningi.

Talvolta con o senza le emorragie vere e proprie si verifica il passaggio attraverso i capillari solo del plasma senza alcun elemento morfologico del sangue.

Si hanno così forme di orticaria e di edemi localizzati nel sottocutaneo o in altri tessuti. La diatesi emorragica può quindi complicarsi o assumere la forma dell'orticaria e dell'edema angioneurotico.

Quando il fenomeno si verifica nella mucosa intestinale si possono avere coliche addominali accompagnate da diarrea e vomito.

Nelle articolazioni si possono avere gonfiori intensi e dolori che possono scomparire con grande rapidità.

In conseguenza la sintomatologia della diatesi emorragica può assumere tre forme: 1) emorragie, 2) anemia dovuta alle perdite di sangue, 3) conseguenze dello stravaso del solo plasma nei tessuti: aree edematose, coliche addominali, gonfiore e dolore delle articolazioni.

Il tumore di milza è variabile. Nelle forme acute raramente è palpabile all'inizio, ma lo diventa dopo qualche giorno. Nei casi cronici è stato notato che il tumore di milza è tanto più grande quanto meno intense sono le emorragie, quantunque l'anemia sia molto intensa. A differenza di quel che avviene nel morbo di Banti la diatesi emorragica non termina in cirrosi epatica ed ascite.

Le donne sono più colpite degli uomini.

Si hanno molti casi sporadici, ma per lo più l'affezione è familiare ed ereditaria per lo stesso sesso.

La diatesi emorragica a seconda del raggruppamento dei sintomi può assumere le seguenti entità nosografiche:

1) Emorragie pure primitive: comprende tutti i gradi di porpora, dalla porpora semplice alla porpora emorragica. I sintomi dipendenti dall'anemia sono i più rilevanti.

2) Orticaria pura primitiva: sintomi caratteristici dell'affezione sono le coliche addominali ed i dolori articolari.

3) Emorragie combinate ed orticaria: comprende la porpora di Henoch e la porpora reumatica. I sintomi più rilevanti sono quelli dell'orticaria, ma non c'è alcuna alterazione degli organi emopoietici e la milza non è ingrandita.

Il tempo di coagulazione nella diatesi emorragica è più breve che nel normale. È questo un carattere differenziale con l'emofilia di grande importanza.

La retrazione del coagulo è più bassa del normale.

Il tempo di sanguinazione è maggiore che nell'emofilia.

La resistenza capillare saggiata con le prove di Rumpel-Leede o di Hess (comparsa di macchie emorragiche nell'avambraccio al disotto del laccio adoperato per la misurazione della tensione vasale) risulta molto bassa.

La diatesi emorragica può essere confusa con l'emofilia, con la porpora secondaria o sintomatica, con il morbo di Banti, con l'anemia splenica, con l'anemia aplastica, con le emorragie organiche da lesioni locali.

Si distingue dall'emofilia perchè in questa il tempo di coagulazione è molto lungo, manca la porpora; l'emofilia per altro non si verifica nelle donne.

L'esistenza di una porpora secondaria e sintomatica è per lo meno dubbia. In effetti le suffusioni ecchimotiche della leucemia, dell'ittero, della cachessia cancerigna, della poliartrite acuta, dello scorbuto non hanno nulla a che fare con la vera porpora.

Il morbo di Banti, l'anemia splenica e la diatesi emorragica sono spesso considerati sinonimi. In effetti si tratta di tre affezioni ben distinte. Il morbo di Banti colpisce solo i bambini e gli adolescenti, mai gli adulti: è caratterizzato da anemia, stato itteroide, lieve

tumore di milza e nella fase inoltrata da cirrosi epatica: non c'è porpora nè ecchimosi. L'anemia splenica si verifica negli adulti, eccezionalmente nei ragazzi; la milza è fortemente ingrossata, l'anemia è intensa, la faccia è pallidissima ma senza tinta itterica; non si ha mai cirrosi ed ascite. La diagnosi differenziale tra anemia splenica e la diatesi emorragica è spesso difficile, potendo sulle prime verificarsi emorragie, sopra tutto ematemesi, e nella seconda il tumore di milza essere molto accentuato.

L'anemia aplastica è caratterizzata da anemia intensa, leucopenia, trombopenia, aplasia del midollo osseo. La milza può essere palpabile, ma non è molto ingrandita. Le emorragie sono eccezionali. Le affinità con la diatesi emorragica sono molte anche perchè nelle fasi avanzate di questa malattia si può avere aplasia del midollo osseo per esaurimento. Tuttavia la distinzione è possibile per l'eccezionalità delle emorragie: il paziente può morire senza averne mai avute, per semplice anemia.

L'emorragie in singoli organi (epistassi, ematuria, metrorragia, enterorragia) molto di rado sono esponenti di diatesi emorragica, il più delle volte sono dovute ad affezioni locali che conviene ricercare.

Molti espedienti sono stati tentati per la cura della diatesi emorragica.

Gli emostatici sono palliativi che non combattono la causa del male. Il calcio non ha altro potere che quello di aumentare la coagulabilità del sangue, che in effetti nella diatesi emorragica non risulta diminuita. Non può quindi dare vantaggi. Le iniezioni endovenose di adrenalina e di vaccino tubercolare a scopo anafilattico non hanno dato seri risultati.

Più vantaggiose sembrano le trasfusioni di sangue e sopra tutto la splenectomia, che è indicata nei casi gravi, ma che non è da tentarsi fino a quando le piastrine non sono diminuite di numero. Dr.

La grande eosinofilia sanguigna. Insufficienza splenica eosinofilica.

(J. Chalier e M. Levrat. *Le Sang*. n. 1, 1931).

Gli AA. hanno avuto l'occasione di osservare una malata che presentava eosinofilia del 72 % senza iperleucocitosi, con una milza molto grossa ed una sindrome emorragica. Malgrado le ricerche più minuziose, non fu possibile trovare l'origine di questa eosinofilia, che non trovava alcun posto nel quadro nosologico. Sfogliando la letteratura, per scoprire dei casi analoghi, è stato solo possibile raccogliere 16 osservazioni di eosinofilia che si allontanavano dai quadri classici. Pensando che queste osservazioni potessero avere dei punti comuni e, impressionati dalla frequenza della splenomegalia in questa eosinofilia, essi hanno voluto eseguire uno studio comparativo, dal quale hanno tratto le seguenti conclusioni.

1) *Di ordine clinico.* Esiste una sindrome assai nettamente individualizzata, di cui gli AA. hanno potuto trovare 17 osservazioni e per la quale propongono il nome di « grande eosinofilia sanguigna ».

Questa sindrome è identificata clinicamente dagli elementi seguenti: *a*) una eosinofilia sanguigna con tasso oscillante fra 30 e 90 %; questa eosinofilia è caratterizzata quasi esclusivamente da cellule eosinofile adulte senza mielociti: *b*) una leucocitosi moderata oscillante fra 10.000 e 40.000, senza diminuzione importante dei globuli rossi; *c*) una splenomegalia quasi costante con ipertrofie ghiandolari nulle o poco importanti; *d*) una evoluzione lunga e cronica con un prognostico molto buono.

2) *Di ordine patogenetico.* La natura di questa sindrome è ancora incerta; tuttavia non si tratta nè di uno stato leucemico nè di uno stato anafilattico vero. L'ipotesi più verosimile è l'esistenza di lesioni della milza, congenite o acquisite, a base della grande eosinofilia. Il meccanismo d'azione di queste lesioni spleniche è chiaramente spiegato dalle ricerche fisiologiche dimostranti che l'ipofunzionamento della milza provoca una ipereosinofilia. Gli AA. credono quindi di poter dare come sottotitolo alla denominazione di grande eosinofilia, quella di « insufficienza splenica eosinofilica ».

3) *Di ordine etiologico.* Un primo gruppo di osservazioni sembra in rapporto con lesioni congenite della milza; si tratta di uno stato costituzionale, talora familiare. Un secondo gruppo corrisponde a lesioni acquisite, evolutive della milza. L'etiologia di queste lesioni spleniche è ignota nella maggior parte dei casi ed è probabilmente multipla. La sifilide sembra essere una delle cause possibili della malattia.

4) *Di ordine terapeutico.* La splenectomia è formalmente controindicata. Il trattamento antiluetico deve esser tentato. Si potrà ricorrere all'iniezioni di estratti di milza ed anche all'irradiazione splenica a dosi deboli, eccitanti. C. Toscano.

Le complicazioni a carico del sistema nervoso e degli organi di senso nel corso delle leucemie.

(E. Vivoli. *Rivista di Clinica Medica*, gennaio 1931).

Tra le complicazioni a carico del sistema nervoso e degli organi di senso nelle leucemie, l'A. distingue i fenomeni legati a manifestazioni emorragiche e quelli dipendenti da infiltrazioni leucemiche. Tra le manifestazioni emorragiche compaiono in prima linea le

emorragie cerebrali e meningee, le quali però costituiscono un'evenienza piuttosto rara (non più del 2 % dei casi nella statistica dell'A.) e si manifestano di preferenza nelle forme acute a decorso rapido, costituendo un fatto terminale. L'emorragia può tuttavia presentarsi anche bruscamente a tipo di ictus e all'inizio della malattia.

Le emorragie della retina e le retiniti leucemiche sono invece molto frequenti, relativamente più frequenti nella leucemia mieloide che nella linfoide; esse spesso non danno segno di loro che all'esame oftalmoscopico, mentre talvolta si manifestano con improvvisa diminuzione dell'acutezza visiva, oppure con la sensazione di una macchia nera nel campo visivo.

Queste emorragie vanno spesso unite ad emorragie cutanee o degli organi interni, ma molte volte manca ogni altra manifestazione emorragica.

I disturbi uditivi, sotto forma di ronzii, di vertigini transitorie o di sindrome di Menière, di sordità molte volte progressive e totali, sono l'effetto di piccole emorragie o di infiltrati leucemici nell'orecchio interno. L'insorgere improvviso dei disturbi parla in genere per emorragia, mentre una sordità che si stabilisce lentamente e progredisce nel tempo, invece di attenuarsi, deve far pensare ad un'infiltrato leucemico.

Sono rari i disturbi a carico dei nervi cranici e spinali; essi sono dovuti alla compressione esercitata da infiltrati leucemici, oppure a degenerazioni o a nevriti. Si manifestano sotto forma di paresi o paralisi uni o bilaterali, associate o no a disturbi, della sensibilità.

Sono state anche segnalate, nel corso delle leucemie, ematomielie e mielomalacie, dovute verosimilmente a trombosi leucemiche, ed eruzioni di herpes zoster presumibilmente imputabili ad infiltrati ed emorragie dei gangli e delle radici spinali. M. TRIPODI.

EDEMI.

La "prova dell'imbibizione„ e il meccanismo della produzione degli edemi.

(M. LABBÉ, P. L. VIOLLE e NEPVEUX. *La Presse Médicale*, 16 maggio 1931).

M. H. Fischer ricercando le variazioni del peso del muscolo gastrocnemio della rana immerso in liquidi di acidità e alcalinità variabili ha potuto dimostrare l'influenza degli acidi, delle basi e dei sali sul rigonfiamento dei colloidi.

Labbé e Violle hanno pensato che era preferibile invece di valutare l'azione idratante di mezzi artificiali, studiare l'azione stessa del siero sanguigno raccolto in malati portatori di edemi. Il m. gastrocnemio di rana, quando è messo in contatto col siero di sangue umano normale subisce sempre una perdita di peso, cosicchè il siero normale ha di fronte a questo muscolo una azione disidratante pronunziata. Se si accetta come reattivo per la prova di imbibizione detto muscolo, bisognerà considerare come avente proprietà relativamente idratante ogni siero umano che determinerà una disimbibizione di questo muscolo minore di quello determinato dal siero normale.

E basterà conoscere esattamente il grado di disidratazione del muscolo nel siero normale per essere in grado di giudicare in confronto le variazioni che possono essere prodotte nella idratazione di questo muscolo dai sieri patologici. I risultati ottenuti hanno valore assoluto solamente in funzione del m. gastrocnemio della rana e a condizione che gli esperimenti vengano fatti nelle stesse condizioni. Operando con le solite precauzioni Labbé e Violle hanno constatato che le curve di idratazione prodotte dai sieri di edematosi si inscrivono sempre al di sopra di quelle descritte dal siero normale ed hanno così potuto dire che i sieri degli edematosi possiedono un potere idratante (1925).

Ma dopo di allora Labbé, Violle e Nepveux hanno notato che alcuni sieri di edematosi, in casi assai gravi erano non solo poco idratanti ma potevano persino essere un poco più disidratanti del siero normale ed hanno concluso che il meccanismo idratante dei sieri di edematosi è variabile secondo i casi.

Per spiegare questo fenomeno gli AA. hanno ricercato in alcuni casi di edemi di differenti origini, i rapporti di alcuni costituenti del siero, mentre che d'altra parte determinavano la curva di idratazione di questi stessi sieri. Sono così giunti a concludere che il siero degli edematosi possiede di fronte al muscolo gastrocnemio di rana delle proprietà idratanti variabili per le diverse varietà di edema, ma sensibilmente costanti per ognuna di queste varietà. Così il siero dei cardiaci è il più idratante e quello dei nefrotici il meno; quello dei nefritici occupa un posto intermedio. Clinicamente l'intensità degli edemi si è mostrata approssimativamente inversa di quella del potere idratante del siero.

Per comprenderne la ragione è necessario studiare i fattori agenti principali di idratazione del siero e i meccanismi secondo i quali agiscono. Sarà così possibile vedere se le perturbazioni notate negli equilibri di ogni siero possono fornire una spiegazione delle variazioni del loro potere idratante.

Gli AA. hanno considerato i tre equilibri chimici del sangue: minerale, delle proteine e lipocitico ed hanno visto che la rottura di ognuno di questi può determinare dei disturbi della idratazione.

Hanno inoltre studiato la variazione nella composizione chimica di 100 gr. di muscolo nel corso di sei ore consecutive e le variazioni di alcuni costituenti dei sieri; nei quali detti muscoli erano immersi. Hanno quindi paragonato i risultati di dette analisi con quelli forniti dalle curve di idratazione ed hanno concluso che se il quadro delle analisi mette in evidenza gli squilibri umorali che esistono costantemente in ogni caso di edema, non può permettere di valutare la parte che ognuno di questi squilibri prende nei disturbi della idratazione. La prova della imbibizione invece opponendo l'azione dei cristalloidi a quella dei coloidi, dissociando in qualche modo i differenti fattori di idratazione, permette di valutare abbastanza approssimativamente il ruolo di questi squilibri nella produzione degli edemi.

È lo squilibrio minerale e quello lipoidico che hanno la maggiore importanza nella produzione degli edemi, meno importante è lo squilibrio delle proteine. Nell'organismo i tre squilibri addizionano i loro effetti allorquando esistono simultaneamente, fatto che, del resto è quasi costante. VICENTINI.

L'equilibrio idrico dell'organismo.

Gli edemi.

(M. LABBÉ. *Annales de Médecine*, n. 2, luglio 1931).

Lo studio delle condizioni che mantengono l'equilibrio idrico e delle cause della rottura di questo equilibrio ha dato luogo a numerose ricerche di alto interesse. L'equilibrio idrico è il risultato della coordinazione di un certo numero di equilibri fisico-chimici, di cui i principali sono: l'equilibrio osmotico, l'equilibrio minerale, l'equilibrio acido-basico, l'equilibrio albuminoideo, l'equilibrio lipoideo, l'equilibrio circolatorio, l'equilibrio nervoso, l'equilibrio endocrino. La rottura di ognuno di essi può portare alla formazione di edemi.

Equilibrio osmotico. È noto il ruolo del cloruro di sodio nell'equilibrio della concentrazione molecolare degli umori, come è noto il rapporto stretto stabilito da Widal fra la ritenzione dei cloruri e l'idratazione dell'organismo. La teoria di Widal, solidamente stabilita su un gran numero di fatti, ha portato a delle applicazioni pratiche importanti: con il regime clorurato e declorurato si possono a volontà fare apparire o scomparire degli edemi nei nefritici. Ma se i fatti sono indiscutibili, il meccanismo patogenetico ha dato luogo a numerose discussioni. Nel cloruro di sodio non bisogna considerare il sale nel suo complesso, ma i due ioni, cloro e sodio, di cui è costituito. Sorge allora la quistione di sapere se per l'idratazione ha più importanza il cloro o il sodio. D'altra parte gli umori dell'organismo non sono delle semplici soluzioni di elettroliti, quindi la legge di Winter sull'equilibrio osmotico dei cristalloidi non può rendere conto dei fenomeni che si producono negli umori dell'organismo. Bisogna tener conto anche della pressione osmotica delle proteine. Infine, se la ritenzione del cloruro di sodio spiega la produzione dell'edema dei nefritici, non è lo stesso per gli altri edemi in cui tale ritenzione non esiste.

Equilibrio minerale. Ha una notevole importanza nella patogenesi degli edemi. Fra gli elettroliti, i cationi esercitano, nei fenomeni di idratazione, un'azione preponderante. Il sodio è lo ione idratante per eccellenza, sotto qualunque forma penetri nell'organismo, sia legato al cloro, che all'acido carbonico, all'acido solforico, allo iodio, all'acido fosforico, all'acido lattico o citrico.

Altri cationi idratanti sono il potassio ed il magnesio. Essi però lo sono in minor grado del sodio.

Il magnesio ha *in vitro* un'azione idratante più energica di quella del sodio e del potassio, ma nell'organismo si trova in piccola quantità. Per contro il calcio è disidratante e la sua azione si oppone a quella del sodio. Il rapporto Ca/Na si può considerare come l'espressione dell'equilibrio fra gli ioni disidratanti ed idratanti dell'organismo.

Gli anioni esercitano un'azione moderata ed anche dubbia sull'idratazione. Il cloro non produce edemi se non è legato a un jone idratante, come il sodio. Ciò non vuol dire però che l'azione dell'anione sia nulla. Sembra che, secondo la varietà di edema considerato, il sodio si dimostri idratante al massimo quando è legato ad un determinato metallo. Così, nei nefritici, il sodio legato al cloro è più idratante che il sodio legato all'acido carbonico; nei diabetici acidosici avviene il contrario. Questo fatto ci fa pensare che il modo d'azione del sodio nei due casi non sia lo stesso. Comunque le ricerche eseguite sull'edema da bicarbonato nei diabetici hanno messo in evidenza l'importanza idropigena del sodio in confronto del cloro. Si tratta dunque di un edema che ha una patogenesi diversa da quella degli edemi nefritici.

Equilibrio acido-basico. Fischer ha dimostrato che la gelatina e la fibrina si gonfiano più fortemente nelle soluzioni acide o alcaline che nell'acqua distillata e che l'imbibizione raggiunge il suo massimo ad una determinata concentrazione della soluzione. Le esperienze di Fischer sono però difficilmente applicabili alla patologia, perchè dimostrano l'idratazione dei colloidi e spiegano il gonfiamento delle cellule, non l'idratazione degli umori interstiziali, che sono poveri di albumina. Però, per quanto poco ricca di proteine, la linfa in-

terstiziale rappresenta un liquido colloidale suscettibile di rispondere alla legge di Fischer. È dunque possibile che la rottura dell'equilibrio acido-basico intervenga nella produzione degli edemi, almeno come una causa secondaria, adiuvante, specie negli edemi da bicarbonato dei diabetici acidosici. Si ammette generalmente che un regime vegetariano ricco in idrocarbonati, che alcalinizza l'organismo, favorisca l'idratazione e aumenti il peso del corpo. A questo proposito è da notare che, se normalmente le variazioni del pH nell'organismo sono estremamente limitate, le variazioni del pH delle proteine rispetto al pH del mezzo sono molto più frequenti e più larghe.

Equilibrio albuminoideo. La quantità e la proporzione relativa della siero-albumina e della globulina del plasma sanguigno hanno importanza negli scambi d'acqua che si verificano fra i capillari sanguigni e la linfa interstiziale. In certe forme di nefriti con edemi, il tasso delle albumine del plasma è abbassato e questo abbassamento interessa più la siero-albumina che la globulina; ne risulta una diminuzione della pressione osmotica delle proteine del sangue, un passaggio dell'acqua dal sangue verso i tessuti e la formazione di edemi. Questa anomalia di composizione del plasma sanguigno è una delle caratteristiche della nefrosi lipoidica di Volhard o nefrite idropigena degli AA. francesi, e con essa si è voluta spiegare la formazione degli edemi in questa forma di affezione renale. Ma, se è vero che in certi casi di nefrosi gli edemi resistono ad un regime aclorurato, tanto da far pensare che gli edemi delle nefrosi abbiano una patogenesi differente dagli edemi ordinari dei brightici, è anche vero che ciò avviene quando gli edemi si sono stabiliti da lungo tempo come è vero che prolungando il regime senza sale si riesce ad ottenere infine l'abbassamento del peso del corpo e la scomparsa degli edemi.

D'altra parte questi edemi sono sempre aggravati da un regime iperclorurato e sono generalmente accompagnati da ipernatriemia. Si deve dunque concludere che anche nella nefrosi lipoidea gli edemi dipendano fondamentalmente dalla rottura dell'equilibrio minerale, come gli edemi ordinari dei brightici, e che la rottura dell'equilibrio proteico del plasma abbia un ruolo secondario, adiuvante, come quello che si può accordare, in questa affezione, alla rottura dell'equilibrio lipoideo. Queste considerazioni mettono comunque in luce la complessità del meccanismo patogenetico degli edemi.

Oltre che nella nefrosi, in cui la modificazione della composizione proteica del sangue è primitiva e molto importante, vi sono altri casi in cui la diminuzione della pressione dei colloidi del sangue può intervenire come un elemento secondario nella produzione degli edemi. Ciò vale per i cardiaci asistolici, nei quali la stasi circolatoria gioca il ruolo principale, ma in cui l'ipoalbumosi sanguigna, per quanto poco marcata, può esercitare una certa azione; così è anche per i brightici edematosi e per i soggetti affetti da cirrosi del fegato, in cui un disquilibrio albuminoideo, analogo a quello delle nefrosi, rappresenta una causa adiuvante nella formazione degli edemi e dell'ascite. È infine possibile che l'ipoalbuminosi abbia importanza, primordiale o secondaria, negli edemi dei cachettici e negli edemi da fame.

Equilibrio lipoideo. Gli acidi grassi non sono miscibili all'acqua, ma un miscuglio di acidi grassi e di colesterina lo diviene. Così, il rapporto fra la quantità di colesterina e quella degli acidi grassi negli umori può spiegare la tendenza più o meno grande a ritenere l'acqua. L'importanza del coefficiente lipocitico è stata dimostrata *in vitro* e Fantés ha realizzato dei miscugli di colesterina e acidi grassi di cui ha visto aumentare l'idrofilia con la proporzione della colesterina. Nei nefritici questo rapporto è aumentato, ma di poco ed in modo incostante, come è aumentato anche in altre condizioni morbose accompagnate da edemi; l'evoluzione degli edemi non si dimostra però direttamente in rapporto con le modificazioni del rapporto lipocitico. Si deve dunque concludere che le modificazioni di questo rapporto non possono avere un ruolo principale, ma adiuvante nella idratazione dei tessuti. Si può ancora pensare che gli acidi grassi e la colesterina non siano i soli elementi ad intervenire nell'idrofilia dei tessuti e degli umori; occorre forse prendere in considerazione l'intero equilibrio lipoideo. Brinkmann e von Dann p. es. attribuiscono un ruolo importante al rapporto fra lecitina e colesterina. È infine possibile che gli edemi da inanizione, osservati nelle prigioni, durante le gravi carestie e durante le guerre, siano dovuti a un turbamento dell'equilibrio lipoidico per privazione di grassi alimentari.

Equilibrio circolatorio. Gli edemi per disturbi di circolo non hanno un meccanismo così semplice come si potrebbe credere. Al fattore meccanico si aggiungono una serie di condizioni secondarie che concorrono alla loro produzione, come l'abbassamento del pH per accumulo di acido carbonico nel sangue, modificazioni nella costituzione chimica del sangue, influenza del cloruro di sodio ecc. D'altra parte il disturbo circolatorio interviene come causa secondaria nella produzione di tutti gli edemi.

Equilibrio nervoso. Sono specialmente le modificazioni dell'equilibrio del sistema vasomotore che hanno importanza. In certi casi sembra che la lesione nervosa possa per sè stessa produrre l'edema locale. In altri la lesione nervosa non fa che localizzare un edema da cause generali, come avviene p. es. per gli edemi localizzati in un arto paralizzato in un soggetto affetto da nefrite o da cardiopatia.

Fegato. Molti autori attribuiscono ad una causa meccanica o renale gli edemi che si osservano nelle affezioni epatiche. Per contro Wallich ha messo in evidenza le modificazioni profonde che subisce il sangue degli epatici con edemi e principalmente dei cirrotici: egli ha visto la diminuizione del tasso delle albumine del sangue con inversione del rapporto fra le siero-albumine e le globuline per aumento delle globuline e diminuzione delle siero-albumine. Egli considera l'iposerinemia come un fenomeno caratteristico dell'insufficienza epatica. Si avrebbe una incapacità del fegato a costruire la siero-albumina a spese degli animoacidi. La teoria è interessante, ma non sembra che le modificazioni dell'equilibrio albuminoideo del sangue bastino a spiegare la patogenesi degli edemi epatici, in quanto tali modificazioni si osservano in molti casi patologici senza che vi sia sempre formazione di edemi. Il meccanismo dell'idratazione negli epatici è verosimilmente complesso.

Ghiandole endocrine. Si è attribuito alle ghiandole endocrine, specie alla tiroide, un ruolo nella formazione degli edemi. Ma dalle osservazioni e dalle esperienze non è possibile trarre alcuna conclusione netta. Noi non conosciamo alcun edema che possa essere riportato ad alterazione di una funzione endocrina. Non vi sono ancora che delle ipotesi.

Conclusioni. Dall'esame delle principali condizioni fisiologiche che intervengono nella ripartizione dell'acqua nell'organismo, si può concludere che a ciascuna di queste condizioni corrisponde un tipo di edema. Nessuno però di questi edemi trova la sua spiegazione in un meccanismo unico. Vi è sempre l'associazione di varie condizioni. E non potrebbe essere altrimenti, poichè gli equilibri fisiologici considerati sono troppo strettamente concatenati perchè l'alterazione dell'uno non influenzi gli altri. Non vi è dunque una « patogenesi dell'edema » ma « delle patogenesi degli edemi ». Ogni edema dipende da una causa preponderante associata a cause adiuvanti. E l'insieme di questi meccanismi associati che porta alla produzione di uno stato di idratazione generalizzato ed alla localizzazione dell'edema.

C. TOSCANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

Conferenze cliniche e di Scienze mediche tenute nella Scuola di Applicazione di Sanità militare in Firenze. Un vol. in-8° di 230 pag., con fig. e tav. Edito a cura della scuola, 1930. Prezzo L. 17.

In bella edizione su carta patinata sono qui raccolte le conferenze tenute nella Scuola nel 1930. Precede la relazione del Direttore, Generale medico, Prof. G. Grixoni, che tanto vivo impulso ha dato alla Scuola stessa, rinnovandola in un intenso fervore di vita. La Scuola ha, oggi, grandissima importanza, tanto più in base alla disposizione che tutti i laureati in medicina e chirugia, chimica e farmacia vincolati da obblighi di leva, abilitati all'esercizio professionale e fisicamente idonei debbono frequentarla.

Il Grixoni esamina poi la grande ed utile missione del medico militare che ha segnato, nell'ultima guerra delle pagine gloriose. Seguono le altre conferenze: sull'igiene militare (N. Bruni), sulla dottrina dei gruppi sanguigni e la medicina militare (G. Lattes), sulla prossima inchiesta antropometrica militare (L. Livi), sull'ulcera gastro-duodenale (G. Pascale), sulle malattie di cuore dal punto di vista sociale (L. Ferrannini), sull'endocardite lenta (F. Schupfer). *fil.*

STRÜMPELL-SEYFARTH. *Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten.* XXX edizione. Vol. I. Un vol. in-8°, di 880 pag., 177 fig. e 11 tav. colorate. W. Vogel, Leipzig. Prezzo Mk. 25.

Quante generazioni di medici hanno studiato sul classico manuale dello Strümpell? Da noi era già largamente diffuso nell'ultimo decennio del secolo scorso; la prima edizione tedesca, di fatto, risale al 1883; da allora se ne sono vendute 112.000 copie e se ne sono fatte traduzioni in 8 lingue, ivi compresa la turca, la giapponese, ecc.

Segno evidente che nell'opera dello Strümpell sono insite qualità didattiche che le successive elaborazioni rese necessarie dal progredire della scienza non hanno affatto mutato. La presente edizione, come le altre quattro precedenti comparse dopo la morte dello Strümpell (1925) è stata rimaneggiata da C. Seyfarth docente di medicina interna all'Università di Lipsia.

L'impronta generale ed i pregi del libro sono rimasti gli stessi delle prime edizioni; su questo fondo, le nuove acquisizioni della scienza nostra sono state perfettamente inquadrate, sicchè lo studioso conosce con questo libro lo stato attuale della patologia medica e della terapia, esposte con limpida chiarezza. Numero-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

se radiografie, belle tavole colorate, molte figure illustrano convenientemente il testo. In questo primo volume sono trattate le malattie infettive, quelle degli organi respiratorii, circolatorii e digerenti. *fil.*

Th. BRUGSCH. *Lehrbuch der inneren Medizin.* II ed ultimo volume. Un vol. in-8° di 955 pag. con 288 fig. e 16 tav. colorate. Urban e Schwarzenberg, Berlin, 1931. Prezzo Mk. 30.

Abbiamo già dato notizia del primo volume di questa pregevole opera del noto clinico dell'Università di Halle-Wittenberg. In questo secondo volume che completa l'opera la quale risulta così complessivamente di oltre 1800 pagine, troviamo gli stessi pregi dell'altro. Vi sono trattate le malattie degli apparati respiratorio, digerente, urinario, del sistema osteo-articolare, del sistema nervoso, con interessanti aggiunte sulle malattie professionali soggette a denuncia e sulle intossicazioni. È trattata con sufficiente larghezza la terapia, a proposito della quale sono citate anche le specialità che agiscono o « dovrebbero agire » nelle rispettive malattie.

Belle tavole colorate, numerose figure chiare e dimostrative ed un copiosissimo indice alfabetico completano opportunamente questo utile manuale a cui, come alle altre opere del Brugsch, non mancherà il favore del pubblico medico. *fil.*

Pratique médico-chirurgicale. 3ª ediz. pubbl. sotto la direzione dei proff. COUVELAIRE, LEMIERRE, LENORMANT. Vol. III di pagg. 1100, vol. IV di pagg. 900, Masson & C., 1931. Prezzo di ogni volume Fr. 150; dell'opera completa Fr. 1300.

La pubblicazione dei volumi III e IV della *Pratique médico-chirurgicale* è avvenuta puntualmente secondo la data preannunziata. In essi sono trattati rispettivamente gli argomenti compresi fra Demodex-Gerontoxon e Gestation-Intestin.

Continuando il piano generale (come già detto nel n. 25 di questa stessa rivista) l'opera rappresenta una guida nella quale chiunque può trovare immediatamente e con tutti i dettagli necessari, il consiglio d'ordine pratico, l'insegnamento adatto al bisogno. Essa presenta quindi un evidente interesse pratico, mentre un meritato plauso va fatto ai signori Masson per il non comune sforzo editoriale.

A. POZZI.

Nosokomeion. Anno II, n. 2 W. Kohlhammer. Stuttgart, 1931.

Si viene ora pubblicando sotto la direzione di W. Alter (Dusseldorf), L. Corvin (New York), A. Gouachon (Lyon), P. Orde (London) e R. Sand (Paris), questa nuova rivista trimestrale sulle diverse questioni connesse con l'assistenza ospedaliera. Essa raccoglie tutto quanto si viene pubblicando in materia, dai più competenti specialisti dei diversi paesi. Il primo fascicolo di quest'anno conteneva anche uno studio del Prof. Ronzani sul servizio medico nell'ospedale italiano.

Il presente fascicolo, di oltre 450 pagine, contiene 22 lavori ed è particolarmente dedicato alla questione delle infermiere, di cui esamina la condizione in diversi paesi (Stati Uniti, Francia, Inghilterra, Giappone, ecc.), posizione economica ed etica, il reclutamento, ecc. Segue una ricchissima bibliografia sui varî argomenti ospedalieri.

La rivista è di grande importanza per chiunque si occupa di questioni ospedaliere.

fil.

Innovaciones recientes en medicina. Un vol. in-8° di 478 pag. J. Morata, ed. Madrid, 1931.

Anche allo studioso attento e fornito di ricco materiale non è sempre possibile il tener dietro al continuo progredire della scienza.

Troppe cose, ed anche importanti, sfuggono oppure sono conosciute in modo molto vago. Riescono perciò assai utili libri del genere di questo che, riassumono in altrettante monografie i progressi realizzati dalle singole scienze ed applicazioni mediche; libro che ha avuto origine dai corsi di perfezionamento tenuti all'Accademia medica di Madrid da specialisti delle diverse materie, fra cui citiamo Valdès Lambea (patologia polmonare), G. Pittaluga (ematologia), G. Marañon (malattie della nutrizione ed endocrinologia), J. Mouriz (applicazioni del laboratorio alla clinica), ecc.

Il libro riesce pertanto molto utile per la lettura e la consultazione; quest'ultima sarebbe stata resa più agevole da un indice alfabetico delle materie, che ci auguriamo di vedere nella prossima edizione. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia delle Scienze Medico-Chirurgiche di Napoli.

Seduta del 30 maggio 1931.

Presidente: Prof. G. Boeri.

Occlusione intestinale ed ascite chilosa da blastoma peritoneale (mesotelioma).

G. Castronuovo. — Espone ed illustra la storia clinica di un caso, da lui osservato e seguìto fino al tavolo anatomico, che dimostra la seria difficoltà dell'orientamento iniziale diagnostico di fronte a manifestazioni le quali, partendo evidentemente dall'addome, rivestono carattere acuto peritonitico, con sindrome di occlusione improvvisa, senza segni palesi del blastoma, che pure è la causa prima di tutta la fenomenologia. Soltanto il decorso ulteriore e sopratutto l'esistenza di adenopatie sopraclavicolari, facendo decidere per l'intervento chirurgico, valsero ad irradiare luce sul processo morboso e sulla sua natura. Dall'intervento e, successivamente, dalla sezione cadaverica, risultò trattarsi di un mesotelioma del peritoneo con metastasi nelle ghiandole prevertebrali, nel fegato, nelle ghiandole tracheobronchiali e sopraclavicolari, con fenomeni regressivi nel miocardio, rene e fegato, con ascite chilosa da stasi linfatica.

L'O. fa delle considerazioni sulla genesi dei vari sintomi presentati in vita dal paziente, e sulla necessità di intervenire rapidamente nelle forme di stipsi ostinata e dolorosa.

Seduta del 13 giugno 1931.

Presidente: Prof. G. Boeri.

Modificazioni apportate all'ergoestesiografo del Galeotti per la ricerca delle attitudini muscolari.

Galdo L. — L'O., dopo aver illustrato il tipo originale dell'ergoestesiografo Galeotti, fa notare che i tracciati risultano sovente influenzati dalla manovra dell'apparecchio e dalla tecnica personale dell'osservatore. Propone pertanto di eliminare questi elementi disturbatori, apportando all'apparecchio alcune modifiche, quali la trasmissione a catena ed una diversa disposizione delle penne, accoppiata ad una più semplice trasmissione del movimento delle stesse. Mediante l'aggiunta di una leva a pedale si può, infine, estendere anche agli arti inferiori l'esame, che si rende assai spesso necessario per ottenere un giudizio più completo.

Su due eventualità opposte nella esecuzione del pneumotorace artificiale.

Cicconardi G. — Le due eventualità, di cui l'O. si occupa, sono la facilità e le difficoltà di costituirlo.

Nel primo caso, in corrispondenza della prima puntura un pus spontaneo si aggiunge a quello artificiale indipendentemente da errori di tecnica, ma in rapporto ad uno stato di eccessiva friabilità del tessuto polmonare.

Nella seconda eventualità il pnx è inattuabile per insaziabilità, secondo l'espressione di Bornard, o per insaturabilità, secondo l'espressione proposta dall'O. Anche questo è indipendente da errori di tecnica, ma si verifica per mancanza di retrazione del polmone invaso da forte processo di sclerosi.

Se il meccanismo patogenetico delle due eventualità è questo suddetto, ne derivano: una spiegazione del meccanismo d'azione del pnx sulla febbre, coincidendo la sua caduta col collasso completo, e un corollario pratico circa la condotta della cura, che deve esser regolata dal collasso più o meno attuabile.

La bacillemia nel corso della tubercolosi cutanea.

Oro A. — Riferisce sulle esperienze condotte in 27 casi di tubercolosi cutanea e di tuberculidi, insemenzando il sangue sul terreno di Löwenstein. In quattro casi (3 lupus volgare ed 1 eritema indurato) l'O. ha ottenuto la cultura del bacillo di Koch dal sangue circolante: i pazienti erano in condizioni di salute apparentemente florida. L'O. si propone di estendere le ricerche a pazienti affetti da eritema polimorfo e da acne volgare.

Seduta del 27 giugno 1931.

Presidente: Prof. G. Pascale.

Sindrome e forma mediastinica della stenosi mitralica pura.

Landolfi M. — L'O. rileva che la sindrome mediastinica della stenosi mitralica pura — su cui ha richiamato più volte l'attenzione — è abbastanza frequente (avverandosi in circa il 25 % dei casi di stenosi mitralica), è molto caratteristica ed è assai dinamica, presentando variazioni spontanee o provocabili con varie manovre (fenomeno del Valsalva, pressione delle femorali, riflesso del Dagnini, ecc.).

Si può ritenere che tanto la sindrome che le dette variazioni, trovino facilmente spiegazione nell'ingrandimento e nelle variazioni di volume del seno sinistro che funge da tumore mediastinico: il che ha trovato riscontro all'esame necroscopico e radiologico. Tale sindrome è facilmente diagnosticabile: la sua mancata conoscenza, però, può dar luogo a gravi errori di interpretazione, potendo portare a sospettare un inesistente aneurisma aortico o altro tumore mediastinico. L'O. infine descrive minutamente un caso di sindrome mediastinica da stenosi mitralica diagnosticato in vita senza difficoltà.

Le false aderenze pleuriche in rapporto al pneumotorace.

Magliulo L. — L'O. descrive prima un caso di tubercolosi polmonare nel quale gli esami radiologici mostravano la presenza di numerose aderenze pleuriche, mentre che l'attuazione del pneumotorace artificiale potè essere facile e completa; descrive quindi un secondo caso nel quale la radiologia non mostrava alcuna aderenza pleurica, mentre che il pneumotorace artificiale non potè affatto essere eseguito per il largo saldamento delle due pleure.

La falsa interpretazione del primo caso può spiegarsi ammettendo che appaiono radiologicamente come aderenze quelle che non sono altro che espressione di ispessimento del solo foglietto pleurico viscerale o parietale o produzioni connettivali della sola parte corticale del polmone.

Per contro l'O. osserva che un processo infiammatorio pleurico possa lasciare stati adesivi

non rilevabili radiologicamente, come nel secondo caso descritto. Egli crede che qui la pleuroscopia e la spirometria potrebbero permettere accertamenti più precisi.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 12 giugno 1931.

Presidente: Prof. G. CAGNETTO.

Il Presidente annuncia che la Facoltà Medica della R. Università, aderendo ad un desiderio da lui espresso, ha convenuto che gli « Atti » della Società divengano d'ora in poi anche « Bollettino della Facoltà di Medicina », valorizzando con la sua autorità e col suo nome la pubblicazione periodica del nostro Sodalizio. Negli « Atti » troverà perciò posto a partire da quest'anno una rubrica speciale, che rifletterà alcune disposizioni d'ordine generale di pertinenza della Facoltà e che, non riguardando pratiche d'indole riservata, possono essere di pieno dominio della classe medica.

Sindrome reno-azigo-lombare.

Prof. G. A. PARI. — L'O. ha osservato che in ammalati con deficienza del circolo e stasi nel territorio della grande azigos si ha talora, nei giorni nei quali va formandosi il trasudato pleurico destro, la concomitanza di dolori nella regione lombare sinistra.

Questi dolori sono transitorii e non si hanno in tutti gli ammalati, ma quando esistono possono essere in vario grado, e possono raggiungere tale intensità da simulare una colica renale. In un caso anzi, il più spiccato osservato, il medico curante e in primo tempo l'O. pure, diagnosticarono una calcolosi renale sinistra in una donna cardiopatica; solo in secondo tempo gli esami urologici e radiologici esclusero la calcolosi renale e lo misero sulla via dell'interpretazione che ritiene di dare alla sindrome. In altri due casi la dolorabilità era appena accennata e risultava soltanto richiamando su di essa l'attenzione dell'ammalato. In altri casi mancava.

Possiamo spiegarci la dolorabilità nella regione lombare sinistra riferendoci alle ricerche che il Varisco eseguì anni addietro nell'Istituto anatomico di Pavia per spiegare l'assenza del trasudato pleurico sinistro, che pur si dovrebbe avere insieme al trasudato destro, perchè l'emiazigos si versa normalmente nella grande azigos. A sinistra si hanno di solito anastomosi venose reno-azigo-lombari che creano una via di deflusso, in caso di stasi, dall'emiazigos verso le lombari e quindi la vena ileo-lombare e l'iliaca comune, ed anche verso la vena renale, specialmente attraverso la vena reno-azigo-lombare esistente a sinistra nell'82 % dei casi ed a destra nel 6 % soltanto (Lejars).

Nei giorni in cui queste vene vanno sfiancandosi si può avere il dolore, anche intenso; stabilitosi il circolo collaterale, il dolore cessa.

Il dolore lombare sinistro può così essere segno di stasi dell'emiazigos e, insieme alla trasudazione nel cavo pleurico destro, costituire la sindrome di stasi nella grande azigos e nell'emiazigos ad essa affluente.

Segue discussione.

Resezione di segmenti della catena laterale del simpatico eseguita per disturbi trofico-vascolari degli arti.

Prof. A. CHIASSERINI. — L'O. espone la tecnica della resezione dei primi gangli toracici del simpatico, e di segmenti del simpatico lombare. Quest'ultima operazione è stata eseguita in 19 casi, utilizzando prima la via intra- poi quella extraperitoneale.

Si intrattiene brevemente sulle indicazioni; ed espone per sommi capi le principali modificazioni che a tale operazione conseguono.

Alla discussione prendono parte FASIANI, DUCCESCHI, PALMA, TRUFFI.

CHIASSERINI, rispondendo al prof. Fasiani, rileva che anche egli, prima di arrivare alla gangliectomia simpatica, è passato per le varie tappe della simpatectomia periarteriosa, delle allacciature delle vene, della arteriectomia.

Queste operazioni hanno effetti di solito incompleti e sopratutto transitori, mentre gli effetti della gangliectomia simpatica hanno il privilegio di essere durevoli.

Per la gangliectomia cervico-toracica bisogna asportare almeno il 2° ganglio toracico; per quella lombare la resezione deve arrivare al 2° ganglio lombare.

Crede per la propria esperienza che la simpatectomia lombare per via extraperitoneale sia da preferirsi alla intraperitoneale.

Non può entrare nel campo dei rapporti fra anestesia e complicazioni polmonari; ma anche egli preferisce la rachianestesia.

Dati abbastanza buoni per l'indicazione all'intervento sono dati, oltre che dall'esame clinico, dalle piressie indotte con proteine eterogenee o con rachianestesia.

Conviene col prof. Ducceschi che questi interventi, e le ricerche che li accompagnano, costituiscono un nuovo importante capitolo di fisiologia. Non ha fatto ricerche sul tono muscolare.

Conviene col prof. Palma sulla transitorietà degli effetti delle operazioni eseguite sui nervi e sulle arterie periferiche.

Si compiace col prof. Truffi per gli effetti da lui ottenuti con applicazioni di raggi X.

Dott. K. ARSLAN. — *Sugli effetti delle lesioni unilaterali del cervelletto in animali precedentemente slaberintati nel lato opposto.* (Con cinematogrammi).

Il prof. G. M. FASIANI presenta un caso di *tumore dell'ipofisi in giovane acromegalico*, che esercitava compressione sul chiasma dei nervi ottici ed aveva quasi reso cieco il paziente. Operato di ipofisectomia transetmoidale otto mesi or sono, il malato ha riacquistato quasi completamente la vista e si sono temperati i lineamenti della facies acromegalica.

Segue discussione.

Dott. K. ARSLAN. — *Sugli effetti della labirintectomia bilaterale nell'animale senza cervelletto.* (Con cinematogrammi).

Dott. P. CERUTI. — *Le proteine seriche nella lebbra e nel pemfigo.*

G. CARBOGNIN. — *Influenza dell'acido urico sulla permeabilità capillare.*

Il Segretario: Prof. GIOVANNI ZANETTI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Disturbi digestivi nel primo mese di vita.

C. Mc Neil (*Edinburgh med. Journ.*, giugno 1931) si occupa particolarmente dei disturbi digestivi non gravi e piuttosto vaghi che possono colpire il bambino allattato al seno nel primo mese di vita. Egli li classifica nei quattro gruppi seguenti:

1) Diarrea leggera, con scariche frequenti e verdi; molto comune.

2) Particolare tipo di vomito; piuttosto frequente.

3) Particolare tipo di costipazione, non rara.

4) Non raggiungimento del peso normale, senza altri sintomi dispeptici.

1) *Scariche verdi e frequenti.* La diarrea verde di questo genere si osserva specialmente quando la mammella si ingorga di latte e sembra dovuta ad iperalimentazione e ad aumento dell'azione peristaltica del crasso. Le feci non mostrano segni di indigestione; non vi è vomito, il bambino ha appetito, dorme bene ed aumenta di peso.

Se la condizione continua, le feci diventano aereate ed, invece di essere uniformi, contengono piccole masse di saponi grassi ed anche del muco; le natiche si fanno rosse. Si possono avere lieve perdita di peso, vomiti e coliche, passando così alla vera dispepsia.

Il trattamento consiste anzitutto nel ricercare la causa, probabilmente in qualche errore dietetico della madre. Se i fatti continuano e, specialmente, se le feci e le condizioni generali si fanno cattive, si darà una piccola dose di olio di ricino, si ridurranno le poppate (di numero e di quantità) e si darà un poco di polvere grigia con degli alcalini. [La polvere grigia (grey powder della Farmacopea inglese) è preparata con Mercurio e peso doppio di creta preparata, triturando fino a che non siano più visibili macroscopicamente i globuli di mercurio; la dose — per adulti — è di 6 a 30 cg. *N. del red.*]. Se le feci rimangono frequenti e verdi, un buon rimedio è costituito da una semplice emulsione di olio di vaselina — due cucchiaini da thè bene sbattuti con acqua, due volte al giorno. Si devono evitare tutti i purganti (fenoftaleina, magnesia, ecc.). La prescrizione va continuata fino ad una settimana dopo che le feci sono diventate normali.

La cura di queste forme lievi e semplici è della massima importanza perchè molti casi di marasma dispeptico incominciano in tal modo.

2) *Tipo speciale di vomito.* Si manifesta, spesso, alla fine della prima settimana di vita; è più comune nelle femmine, è frequente, copioso, esplosivo e si ha subito o poco dopo la poppata. Il bambino appare sano e vispo, con la lingua pulita, le scariche normali; soltanto più tardi diventa costipato. Si tratta, di solito, di bambini nervosi, irrequieti, che succhiano il latte con gran fretta.

Importante è la differenziazione dal vomito della dispepsia, della stenosi in qualche parte dell'apparato digerente, ivi compresa la stenosi pilorica, che raramente produce sintomi nella prima settimana. L'errore più grave consiste nel ritenere tale vomito come dovuto ad incompatibilità del latte.

Per il trattamento, si daranno le poppate ad intervalli regolari di non più di 3 ore, si calmerà l'irritabilità generale, si tratterà il bambino con grande delicatezza specialmente al momento della poppata, che sarà data lentamente, staccando, ogni tanto, il bambino dal seno. Se tali misure non inducono miglioramenti, si somministreranno, 10 minuti prima della poppata, circa 15 cmc. di acqua calda contenente 10 cg. di citrato di sodio; si può tentare anche col cloralio idrato (3 cg. al giorno) per qualche giorno.

3) *Tipo speciale di costipazione.* Oltre alla costipazione che si osserva nella dilatazione congenita del colon, nell'atresia del colon o dell'ano, nella stenosi pilorica si ha un tipo che insorge, per lo più dopo la prima quindicina di vita, senza alcuna causa apparente e, spesso, dopo un periodo di feci sciolte e verdi; si ha una scarica ogni due giorni, di aspetto normale, senza essere accompagnata da dolori o da tenesmo. All'esame, si riscontra, tutt'al più, un'anormale contrazione dell'orifizio anale, con qualche escoriazione secca. La salute del bambino è eccellente.

La causa della condizione è del tutto locale, dovuta allo spasmo anale. Si consiglierà alla madre di passare, un paio di volte al giorno, il mignolo unto con pomata all'ittiolo (2,5 % in lanolina, vaselina, ana), rotandolo in ogni direzione. Questa dilatazione va continuata per una settimana dopo la guarigione.

Per quanto riguarda il 4° gruppo, in cui non vi sono sintomi dispeptici, ma il bambino non guadagna di peso, si deve riconoscere che molte condizioni possono stare alla base della sua patogenesi: latte inadatto, varii disturbi del fegato e dello stomaco, e altre malattie generali e costituzionali. Vi è sempre qualche deficienza nel latte o qualche disturbo delle secrezioni del bambino. I casi di tal genere sono molto imbarazzanti se non vi è una forma netta di dispepsia o qualche sintomo che guidi alla diagnosi; si renderà necessario un esame completo ed accurato della madre e del bambino, ricercando, fra l'altro, la sifilide latente o difetti cardiaci o mentali del bambino stesso.

fil.

Considerazioni sui vomiti dei lattanti.

Su tale argomento ha riferito Pacchioni al 2° Congresso Nazionale di Nipiologia (*La Nipiologia*, n. 3-4, 1930), mettendo in primo luogo in rilievo come siano da noi assai rare le gravi forme ipertrofiche stenosanti del piloro, le quali viceversa sono descritte con assai maggior frequenza in altri paesi, specie in quelli anglo-sassoni.

Ammessa ora come più probabile, tra le varie vedute patogenetiche di questa condizione morbosa, quella di Hirchsprung, secondo cui si tratterebbe di una ipertrofia primitiva, bisogna considerare anche la predilezione per certe razze, per il sesso maschile, e per i primogeniti, derivandone un concetto di ereditarietà legata forse a certe speciali abitudini alimentari di alcuni popoli, agenti da secoli sulla muscolatura pilorica.

Ma l'ipertrofia, espressione di ereditarietà, non è per sè una condizione materiale sufficiente a determinare la sindrome clinica, dovendo intervenire altri fattori, quali ad esempio l'iperacidità gastrica, la maggior ricchezza in grasso del latte, e la iperalimentazione al seno.

In rapporto al variare dell'efficienza di tali singoli fattori, variano anche le sindromi cliniche che si osservano e che vanno dalle stenosi gravissime a quelle lievi e con scarse manifestazioni.

Da noi farebbero difetto le prime forme, essendo invece abbastanza frequenti le seconde.

La teoria che si oppone a questa della ipertrofia, e cioè quella dello spasmo del piloro, è difficilmente sostenibile per le molteplici ragioni cliniche, radiologiche ed anatomiche che l'avversano.

Vi è poi da considerare l'altra sindrome del vomito abituale del lattante, o per meglio dire, dell'emetismo, che potrà essere diagnosticato solo allorquando potranno essere esclusi i disturbi alimentari, i processi flogistico-infettivi e l'ipertrofia stenosante, rientrandovi tuttavia le lievi ipertrofie piloriche senza fatti stenotici.

Molti sono i fattori che dispongono il lattante all'emetismo, e, tra questi, la speciale forma e disposizione dello stomaco a tale età, la mancanza dello sfintere del cardias, la vagotonia fisiologica ecc.

Ma poichè l'emetismo si produce allorquando persistono condizioni speciali rappresentanti stimoli abnormi per lo stomaco, è naturale che il vomito, in questo caso, non sia che un riflesso di difesa.

In complesso, si potranno distinguere clinicamente 3 forme di emetismo: Da nevropatia, o iperestesia della mucosa gastrica; da dispepsia semplice, con o senza dilatazione atonica gastrica; da diastasi dei muscoli retti anteriori dell'addome.

L'ipertrofia pilorica e l'emetismo sono poi tra di loro indipendenti dal punto di vista patogenetico, ma possono ritrovarsi insieme nello stesso soggetto, influenzandosi reciprocamente, sì da rappresentare un esempio caratteristico di un fatto morboso determinato da un intreccio di condizioni patogenetiche, organiche e funzionali svariate. M. FABERI.

L'alimentazione degli atrofici.

Il problema dell'alimentazione degli atrofici è legato a fattori causali e individuali, nonchè all'esistenza di un certo grado minimo indispensabile di potenzialità reattiva dei processi nutritivi, cui i vari elementi della razione devono venir necessariamente adeguati dal punto di vista qualitativo e quantitativo.

Negli atrofici, ad esempio, è aumentata, in linea generale, la tolleranza e la necessità degli idrati di C., mentre è diminuita quella per i grassi, essendovi in pari tempo maggior fabbisogno proteico, vitaminico e minerale.

G. Macciotta (*Riv. di Clin. Ped.*, n. 3, 1931) ha studiato ampiamente la questione, mettendone in rilievo vari lati importanti.

Vengono così esposte le differenze fondamentali esistenti nei riguardi dell'alimentazione dell'atrofico tra latte di donna e latte di animali, facendo risaltare le deficienze delle varie modificazioni proposte per questi.

Dalle indagini fatte risulta poi che tali soggetti sono in grado di utilizzare anche altri elementi di origine animale e vegetale, ricchi di nucleine, lipoidi e vitamine, capaci di esplicare azione integrativa. Tra questi, il fegato, il pancreas e il cervello di vitello, il fegato di alcuni pesci e gli elementi dell'uovo, che, somministrati nelle dosi convenienti, possono essere ben sopportati anche nei primi mesi di vita. Tra i vegetali sono i cereali che risultano, da tale punto di vista, forniti di proteine più complete, mentre i legumi, pur offrendo ricco materiale proteico-ed idrocarbonato, rappresentano un alimento squilibrato per l'atrofico.

L'A. ha poi combinato varie diete e miscele, utili sia per l'integrazione del latte scremato e decaseinizzato, sia per l'eventuale sostituzione di questo, per periodi anche di settimane.

Utili si sono mostrate le farine di soja mescolate a quelle di cereali.

Le varie diete indicate dall'A. non rappresentano, comunque, che un ripiego transitorio, per il passaggio ad altri tipi di alimentazione più complessi e completi.

M. FABERI.

Sull'esofagospasmo essenziale permanente nel bambino.

Se lo spasmo esofageo essenziale permanente è frequente nell'adulto, è invece molto raro nel bambino, in cui non si suppone possano influire i fattori etiologici nervosi di tale stato funzionale.

E. Benassi (*Radiol. Med.*, XVII, f. 11, nov. 1930) riferisce due casi tipici di questa forma morbosa, osservati in due bambine di 7 e 6 anni. In entrambe lo spasmo risiedeva in corrispondenza del restringimento diaframmatico dell'esofago; l'esame clinico e radiografico hanno confermato l'ipotesi funzionale di tali spasmi, in soggetti nervosi, isterici, e tale ipotesi è stata avvalorata dalla terapia calmante a base di belladonna e bromuri, la quale ha fatto attenuare e cessare ogni spasmo.

L'A. richiama l'attenzione su di un radiogramma in cui si poteva notare un aspetto particolare della mucosa, la quale, appariva estroflessa per l'azione dello spasmo esofageo; questa interessante immagine si poteva paragonare a quella descritta dal Busi in corrispondenza del piloro, alla base del duodeno.

L. Carusi.

Le verdure come sorgenti di vitamine, e il loro uso nell'alimentazione infantile.

Il problema è stato studiato con controllo biologico da A. Scheunert (*Deut. Med. Woch.*, n. 20, 15 maggio 1931) comprendendo sotto la denominazione di verdure i vegetali più comunemente usati nella dieta umana, specie dal punto di vista della loro preparazione commestibile.

La vitamina A è più abbondante negli spinaci, bieda, cavolo verde e roseo, lattuga, carote rosse, pomidori, e meno abbondante nel cavolo rosso, cavolfiore, fagiuoli e piselli verdi, cetrioli, navoni, mancando poi del tutto nelle altre verdure. La cottura e la sterilizzazione delle verdure citate non danneggia il contenuto in vitamina A, tanto che non è necessario di consumarle crude.

L'altra vitamina liposolubile D., invece, si trova solo in traccie trascurabili negli alimenti vegetali, tranne che in certi tipi di funghi.

Delle vitamine idrosolubili, quella B è abbondante nel cavolo verde; meno nel verzotto, cavolo bianco, spinaci, lattuga, cavolfiore, cavolo rosso e roseo, piselli, fagiuoli, navoni, carote, bieda, patate, pomidori, rape; scarsissima nei cetrioli, asparagi e rabarbaro. Anche per tale vitamina i procedimenti di cottura e sterilizzazione non provocano modificazioni.

La vitamina C., antiscorbutica, è la più importante, essendo la sua presenza limitata quasi unicamente alle verdure e frutta, e se ne trova quantità notevole in quasi tutte quelle usate a scopo alimentare, ma solo a patto che siano consumate allo stato fresco. La sterilizzazione e la conservazione la mantengono inalterata, purchè condotte con procedimenti per quanto più è possibile escludenti l'aria. La quantità di tale vitamina varia poi a seconda del periodo di maturità della verdura.

E. Edelstein, H. Langer e L. Langstein (ibid.) hanno poi studiato il comportamento delle verdure usate per l'alimentazione infantile sia in forma fresca che conservate. Dalle ricerche sul ricambio del lattante così alimentato si detrae che non esiste differenza apprezzabile nella ritenzione di N., ceneri, CaO., MgO., e P^2O^5. Indipendentemente poi dalla qualità usata, nei periodi di somministrazione di verdure si ha una ritenzione diminuita, rispetto ai periodi in cui i vegetali sono esclusi.

In un relativo parallelismo con quanto precede sta anche la constatazione che le condizioni secretorie nello stomaco del lattante non mostrano nessun miglioramento col nutrimento vegetale; anzi piuttosto un peggioramento.

Tale influsso sembra però limitato all'età del lattante.

In questo, poi, tale nutrimento permane piuttosto a lungo nello stomaco, con differenze notevoli tra le carote e gli spinaci. Mentre infatti con le carote la permanenza resta nei limiti dei periodi dello svuotamento per le forme normali di alimentazione lattea, con gli spinaci cresce tanto da sorpassare i limiti conosciuti della digestione fisiologica, e ciò sopratutto in caso di verdura fresca. Vi influisce anche il periodo stagionale, poichè, ad esempio, le carote fresche invernali passano attraverso allo stomaco più rapidamente di quelle autunnali.

Tali differenze decorrono con un parallelismo notevole col contenuto in cellulosa, il quale è più alto nelle qualità che passano con rapidità maggiore.

La prova clinica protratta per più mesi ha infine dimostrato che le verdure conservate (carote, spinaci), possono venir usate senza pregiudizio alcuno nell'alimentazione del lattante, nei periodi in cui mancano quelle fresche, oppure la loro qualità è scadente.

M. Faberi.

SEMEIOTICA.

Progressi recenti sulla diagnosi radiologica.

G. Galstaun (*Indian Medical Gazette*, maggio 1931) fa una rapida rassegna dei progressi che la radiologia ha compiuto in questi ultimi anni nel campo della diagnostica.

1) radiologia della *vescica biliare*. Il metodo di Graham con la tetraiodofenolftaleina ha permesso di colorare (opacizzare) la vescica biliare e in via indiretta ha permesso di rendere evidenti i calcoli di colesterina prima invisibili.

La colorazione della colecisti mancherà in casi di insufficienza epatica, in casi di ostruzione dell'epatico, del cistico, del dotto comune; quando le pareti infiammate non sono capaci di concentrare; quando i calcoli riempiono in modo completo e stipato la colecisti.

2) *pielografia e uretero-pielografia*. È possibile per via ascendente rendere evidenti la vescica, la pelvi, i calici previo cateterismo de-

gli ureteri iniettando una sostanza opaca (ioduro di litio). Le indicazioni sono numerose; le immagini sono spesso caratteristiche (idronefrosi: dilatazione dei calici; rene policistico: calici allungati e a ragno; tumori: calici mozzati, ecc.).

3) *pielografia endovenosa*. È possibile con l'uroselectan o l'abrodil opacizzare il rene e le sue cavità (40 gr. di uroselectan in 80-100 acqua distillata).

4) *isterosalpingografia*. Il metodo introdotto per la prima volta da Cary nel 1914 e poi da Henser nel 1925 è oggi largamente diffuso coll'uso del lipiodol che permette la visibilità della cavità uterina e delle tube.

5) *broncografia*. Si usa il lipiodol introdotto nei bronchi (ascessi — cavità polmonari — bloccaggio del bronco per tumori, ecc.).

6) *mielografia*. Iniezione del lipiodol nello speco vertebrale (per la diagnosi di tumore, di mielite trasversa, ecc).

7) *studio dei seni* mediante l'introduzione di sostanze opache nei seni della faccia.

M. E.

Tecnica nuova per lo studio del rilievo delle vie biliari sul vivente.

Le iniezioni di lipiodol nelle vie biliari dopo la colecistostomia sono entrate si può dire nella pratica corrente: esse sono poco dolorose e inoffensive per il malato e molto semplici perciò che riguarda l'iniezione del liquido opaco.

La tecnica radiologica e l'interpretazione delle imagini offrono però delle difficoltà ad ovviare alle quali Dioclès (*Paris Médical*, 16 maggio 1931) ha ideato e attuato una nuova tecnica semplice e rapida.

Il p. è coricato sul dorso sulla tavola dell'apparecchio di telestereoradiografia universale. Grazie allo schermo fluorescente posto sotto il malato e la cui imagine è riflessa da uno specchio, la regione epatica è rapidamente centrata senza spostare il p. sul tavolo ma solo spostando il disopra del tavolo per mezzo di adatto dispositivo.

L'operatore allora spinge per mezzo della sonda la sua iniezione e quando il liquido opaco ha riempito interamente le vie biliari (la sua progressione è stata seguita radioscopicamente), vengono presi i clichés istantaneamente in un frammento di secondo.

L'A. con questo sistema suole prendere delle stereoradiografie che permettono in tutti i casi in cui l'imagine radiografica è difficile ad interpretare, la ricostituzione dei differenti piani anatomici e la visione in rilievo dei reciproci rapporti degli organi e dei differenti canali.

VICENTINI.

Calcificazione delle arterie intrarenali che dà l'aspetto radiologico di calcoli

Ne descrivono un caso G. Winttlhrop Fish e L. A. Hallock (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 6 giugno 1931).

Si trattava di un uomo di 54 anni, ricoverato in una clinica per ipertrofia prostatica con ritenzione acuta di urina.

Una radiografia della regione renale mostrava varie ombre attribuibili a calcoli o a tubercolosi renale. Fu fatta la prostatectomia soprapubica e il paziente lasciò l'ospedale in breve tempo. Due mesi dopo tornò per idrocele; fu riesaminato radiologicamente il rene e si fece un pielogramma con mezzi di contrasto (ioduro) e si trovarono le stesse ombre. Non essendoci bacilli di Koch nelle urine si fece diagnosi di calcolosi.

Le urine contenevano emazie, leucociti, cilindri. Fu operato dell'idrocele. Ma qualche mese dopo il paziente aveva dolore alla colonna vertebrale, regione dorsale bassa, con irradiazione all'addome. Una radiografia del torace diede ombra densa attorno alle regioni ilari; per cui fu fatta diagnosi di tumore maligno del polmone e calcificazioni renali. Il paziente morì itterico. L'autopsia diede: cancro del polmone di origine bronchiale, con metastasi pleuriche, mediastiniche, epatiche, pancreatiche, cirrosi biliare, sclerosi delle arterie renali con calcificazione, polmonite lobare.

R. LUSENA.

Voluminoso aneurisma dell'arteria ischiatica. Aneurismografia con ioduro di urea.

Zephirino Do Amaral (*Revue Sud-Americ. de Méd, et de Chir.*, febbraio 1931) in un caso di voluminoso aneurisma della natica, ha eseguito l'aneurismografia, adoperando, invece di una soluzione di joduro di sodio, una soluzione di joduro di urea (uroselectan) al 40 %. Furono eseguiti tre *cliches*. Un primo, di controllo, non rivelò nulla. Gli altri due furono presi immediatamente dopo l'iniezione di uroselectan nel centro del tumore: uno dopo iniezione di 50 cc. soltanto, l'altro dopo l'iniezione di 100 cc. I due clichés permisero di localizzare nella arteria ischiatica l'aneurisma e diedero immagini identiche, cosicchè si può concludere che 50 cc. di uroselectan sono sufficienti per ottenere una buona aneurismografia.

C. TOSCANO.

MEDICINA LEGALE.

Determinazione della paternità per mezzo dei gruppi sanguigni.

Da quando Landsteiner per primo, nel 1900, riconobbe l'esistenza di differenze individuali nel sangue umano sino ad oggi, la teoria dei gruppi sanguigni si è grandemente sviluppata ed ha dato adito ai più interessanti problemi di medicina legale e sociale.

Curioso e veramente interessante per la maniera con cui è stato risolto è il caso riportato da A. Wiener (*Amer. Journ. of Med. Sciences*, maggio 1931). Si trattava di una signora la quale aveva usato durante due anni nei suoi

rapporti col marito delle precauzioni anticoncezionali: durante un breve periodo di assenza del marito ebbe rapporti senza nessuna precauzione anticoncezionale con un amico: il giorno seguente a questo fallo essendo il marito ritornato dal suo viaggio ebbe anche con lui rapporti anche questa volta senza nessuna precauzione. Dopo 284 giorni partoriva di un bambino. Tutto sarebbe andato bene se la signora non avesse avuto lo scrupolo che il bambino fosse figlio dell'amico e non del marito, e non avesse esternato il suo sospetto, confessando il suo fallo al marito stesso, il quale voleva mettere in quiete le cose sostenendo che se anche così era, si poteva andare avanti lo stesso come se il bambino fosse stato suo; ma la madre non era di tale parere: affermava che se il bambino era figlio dell'amico ella sarebbe volentieri ritornata da questo piuttosto che permettere al marito di allevare il figlio di un'altro. Conclusione: perizia medica.

La ricerca dei gruppi sanguigni diede questi risultati: il marito apparteneva al gruppo A, la moglie al gruppo B, l'amico al gruppo A e il bambino anche al gruppo A; la questione era più che mai oscura; ambedue gli uomini appartenevano al gruppo A e nessuno dei due poteva quindi essere eliminato.

Si pensò allora di ricorrere alla determinazione dei gruppi per mezzo degli agglutinogeni M e N di Landsteiner e Levine e si vide che il marito apparteneva al tipo M + N —, la madre e il bambino allo stesso gruppo del marito mentre l'amico apparteneva al gruppo M — N + che per regola non può dare origine a individui del gruppo M + N — : onde l'indiscreto amico fu eliminato e la pace tornò a regnare serena nella piccola famiglia americana.

G. LA CAVA.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Allergia non specifica e "fenomeno di Sanarelli,,

Del tutto recentemente sono apparsi alcuni articoli molto interessanti sull'allergia specifica, che apportano un nuovo brillante contributo allo studio di quel fenomeno cui Zdrodowski e Brenn hanno proposto di dare il nome di « *fenomeno di Sanarelli* ».

P. Bordet (*C. R. de la Soc. de Biol.*, CVI, n. 13, 1931, pag. 1251) ha osservato che mentre l'iniezione intraperitoneale di 2 cc. di una sospensione densa di colibacillo ucciso col riscaldamento (a 60° ed anche a 100°) è inoffensiva per animali nuovi e sani, è invece rapidamente mortale per le cavie le quali hanno ricevuto nel peritoneo, 15-21 giorni prima, 5 mg. di BCG. Gli animali muoiono presentando tutte le caratteristiche di un vero e proprio attacco di *epitallassi o crisi nefasta*, come ha chiamato con felice e precisa espressione questo complesso quadro morboso venne chiamato da Sanarelli nelle sue classiche ricerche sul colera sperimentale nei conigli adulti.

Secondo P. Bordet, tale crisi nefasta nelle cavie tubercolinizzate non si avrebbe che allorquando gli animali sono iniettati col colibacillo: altri prodotti microbici o altre proteine estranee non sarebbero capaci di scatenare la crisi violenta, di natura probabilmente anafilattica, che conduce a morte gli animali sensibilizzati col BCG.

Questa sensibilità verso il colibacillo può esser messa in coincidenza, secondo P. Bordet, iniettando soltanto nelle cavie tubercolinizzate del *B. coli*, il quale produce un'escara caratteristica riportabile al fenomeno di Shwartzman, il quale non è altro che una variante del fenomeno di Sanarelli.

Il fenomeno di Shwartzman è stato oggetto di studio da parte di A. Gratia e R. Linz (*Comptes Rendus de la Société de Biologie*, tome CVI, n. 13, 1931, pag. 1290 e 1293; *ibidem*, tome CVII, n. 16, 1931, pag. 234 e 236).

Il fenomeno cosidetto di Shwartzman consiste in questo: se si inietta nella cute dell'addome di un coniglio qualche decimo di cc. di un filtrato microbico, che di per sè stesso non provoca alcuna manifestazione apprezzabile, e dopo 24-48 ore si esegue una seconda iniezione, questa volta per via endovenosa, di qualche decimo di cc. dello stesso o di altro filtrato microbico, si constata nelle 24 ore che seguono alla iniezione, qualche volta anche solo dopo 5 ore, la comparsa di una reazione emorragica considerevole nel punto dove è stata praticata la prima iniezione. La zona emorragica può in seguito necrosarsi e ulcerarsi.

Orbene A. Gratia e R. Linz sono tratti a concludere dalle loro ricerche su questo curioso fenomeno, ch'esso è perfettamente riportabile al fenomeno già da tempo descritto da Sanarelli.

Difatti questi AA. hanno osservato che mediante la tecnica di Shwartzman si ottiene nei conigli la tipica reazione emorragica intestinale messa in evidenza da Sanarelli nelle sue esperienze sul colera.

Il fenomeno di Shwartzman si può ottenere anche con tossine vegetali, come la ricina, ed è suscettibile, secondo Gratia e Linz, di essere trasmesso passivamente.

Mentre Shwartzman non crede alla natura anafilattica del fenomeno da lui messo in evidenza, Gratia e Linz sono invece propensi ad ammettere che pur non essendo le condizioni di produzione del fenomeno quelle dell'anafilassi classica, pur tuttavia il meccanismo delle sue manifestazioni è riportabile a quello dello shock anafilattico, o meglio *anafilattoide* come lo chiama Sanarelli.

A. A.

Reazioni da iniezioni di polline.

G. L. Waldbott (*The Journ. of the Amer. Medic. Assoc.*, 30 maggio 1931) ha studiato la reazione in 392 iniezioni di pollini. 104 volte ebbe reazione. La sintomatologia delle reazioni, se è tipica, si può dividere in tre stadi: nel periodo premonitorio c'è indolenzimento attorno alla bocca e alle dita delle mani e dei piedi, arrossamento della faccia con senso di pizzicore agli occhi, al naso, agli orecchi, senso di peso alle regioni dei seni e sternuti; nel secondo periodo ci sono sibili asmatici con tosse secca e a volte diarrea con vomito e sincope; nel terzo stadio urticaria generalizzata. La reazione compare da 25 a 120 minuti dopo l'iniezione se questa è stata sottocutanea; la reazione è tanto più imponente quanto più è precoce.

La reazione alle iniezioni endovenose è più precoce, più imponente, più pericolosa.

Esistono reazioni atipiche: asma senza urticaria, manifestazioni localizzate al naso e agli occhi con assenza di manifestazioni bronchiali, oppure dolori addominali, e ronzii con cefalea e palpitazioni e ipertensione (mentre queste reazioni sono accompagnate abitualmente da ipotensione).

La causa della reazione deve ricercarsi o in una quantità eccessiva del polline adoperato oppure in un troppo rapido assorbimento dovuto ad una iniezione che si credeva endomuscolare ma che in realtà era endovenosa, oppure ad enorme ipersensitività individuale o alla eccessiva freschezza dell'estratto, e a iniezioni ripetute troppo spesso alla stagione della cura che coincide colle esacerbazioni stagionali della malattia.

Per evitare queste reazioni si eviteranno accuratamente le cause elencate. Se la reazione si è già manifestata è utile l'adrenalina per iniezioni.

R. LUSENA.

VARIA.

Azione farmacodinamica delle "Mitragyna" africane.

Nella relazione che ha pubblicato sulla sua ultima missione nell'Africa occidentale francese, E. Perrot ha richiamato l'attenzione sull'importanza farmacologica delle Bubiacee-Cinconee dell'Africa tropicale, specialmente quelle appartenenti ai generi *Sarcocephalus*, *Crossopterys* e *Mitragyna*.

In una comunicazione all'Accademia di Medicina di Parigi (seduta del 3 giugno 1930), E. Perrot, Raymond-Hamet e Larrien, si occupano del genere *Mitragyna* che non è costituito solamente da specie africane, ma comprende anche delle specie originarie dell'Indo-Malesia. La *Mitragyna speciosa*, che cresce nella Malesia contiene nelle sue foglie un alcaloide amorfo, la mitraginina, che possiede azione anestesica locale. Le corteccie della *Mitragyna parvifolia* dell'India, sono usate dagli indigeni nella cura della febbre e delle coliche.

Field ha estratto dalle foglie della Mitragyna diversifolia un alcaloide cristallizzato, la mitraversina, la cui formula probabile è la seguente: $C^{22} H^{26} O^{6} N^{2}$.

I nostri AA. si sono dedicati allo studio delle *Mitragyna* africane nelle due specie finora note: *Mitragyna africana* Hiern. e *Mitragyna macrophylla* Korth.

Da ciascuna di queste due piante, essi hanno estratto un alcaloide e si intrattengono su alcune proprietà fisiologiche di esso.

Questi alcaloidi provocano una caduta della pressione arteriosa che si accompagna con una diminuzione passiva del volume del rene.

Particolarmente interessante è il fatto che l'alcaloide della *Mitragyna africana* provoca l'inversione degli effetti della adrenalina sulle pressione carotidea.

Se ad un animale trattato con detto alcaloide, si somministra adrenalina, quest'ultima provoca una netta ipotensione e una diminuzione passiva del volume del rene.

Gli AA. sono di opinione che questo fenomeno sia in rapporto con una paralisi del sistema nervoso simpatico e pensano di utilizzare l'alcaloide nella cura delle ipersimpaticotonie.

VICENTINI.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XXIV. - Autonomia del potere disciplinare - Effetti dell'assegnazione al confino.

« Possono essere assegnati al confino di polizia, qualora siano pericolosi alla sicurezza pubblica: 1) gli ammoniti; 2) coloro che abbiano commesso o manifestato il deliberato proposito di commettere atti diretti a sovvertire violentemente gli ordinamenti nazionali, sociali o economici costituiti nello Stato o a menomarne la sicurezza *ovvero a contrastare od ostacolare l'azione dei poteri dello Stato,* per modo da recare comunque nocumento agli interessi nazionali, in relazione alla situazione interna o internazionale dello Stato » (art. 184, t. u. delle leggi di sicurezza pubblica).

L'assegnazione al confino quali effetti determina sul rapporto di impiego?

L'art. 65 del R. D. 21 marzo 1929 n. 321 stabilisce che il segretario comunale, ammonito o assegnato al confino, è senz'altro destituito, indipendentemente da qualsiasi procedimento disciplinare.

Ma questa disposizione, che attribuisce al provvedimento del confino la efficacia di estinguere il rapporto di impiego, non può essere applicata per analogia.

Si deve, quindi, stabilire in base ai principi generali e all'ordinamento giuridico del rapporto di impiego, la condizione dell'impiegato inviato al confino per qualsiasi causa.

Questa situazione si è verificata ed è stata esaminata dal Consiglio di Stato. Una levatrice fu denunziata per pratiche abortive e fu assegnata al confino per tre anni, con provvedimento confermato in grado di appello. Fu denunziata anche al magistrato penale per due fatti specifici: ma in un caso fu negato dai periti lo stato di gravidanza della donna che, secondo l'accusa, avrebbe abortito con la complicità della levatrice; nell'altro caso fu esclusa qualsiasi traccia di aborto delittuoso. La levatrice fu assolta. Il Capo del Governo condonò la pena del confino.

Frattanto, il Podestà aveva deliberato il licenziamento con questa motivazione:

« considerato che la levatrice condotta... venne tratta in arresto ed assegnata al confino di polizia per tre anni perchè risultata dedita a pratiche abortive per le quali sono in corso anche procedimenti penali: *considerato che l'esercizio delle pratiche abortive e la conseguente assegnazione al confino di polizia è incompatibile col requisito di buona condotta, il quale a sua volta è condizione essenziale per la costituzione e la permanenza del rapporto di impiego;* che il posto di levatrice non può rimanere affidato a persona che è dedita a pratiche abortive per il danno che arreca alla società con l'applicazione di tali pratiche: delibera, ecc. ».

La levatrice ricorse alla G. P. A. e dedusse che il Podestà avrebbe dovuto procedere disciplinarmente, contestando *fatti concreti,* con termine per le difese, perchè il provvedimento del confino non aveva, per se stesso, la efficacia di estinguere, senz'altro, il rapporto di impiego e il potere disciplinare è e rimane autonomo, pur dovendo essere esercitato anche in considerazione del provvedimento del confino che certamente modifica la condizione dell'impiegato ed è un grave atto di pubblica amministrazione.

La G. P. A. accolse queste deduzioni.

Il Comune ricorse al Consiglio di Stato. La V^a Sezione, con decisione 4 luglio 1931, n. 392 riportata integralmente nella nostra rivista « Diritto Pubblico Sanitario », fascic. VII, ha confermato la risoluzione della Giunta.

In sostanza, ha considerato il Consiglio di Stato che il rapporto di impiego dei sanitari condotti ha un ordinamento giuridico particolare e completo, anche per le cause e le forme dei provvedimenti disciplinari; le disposizioni concernenti la destituzione degli impiegati dello Stato, nel caso di condanna, e dei segretari comunali, nel caso di assegnazione al confino, non possono essere estese per analogia ai sanitari condotti; l'Amministrazione comunale non può prescindere dal procedimento disciplinare.

La V Sezione si è reso conto dell'inconveniente che potrebbe derivare da un contrasto tra il provvedimento del Comune o della Provincia e quello della Commissione che dispose il confino; ma ha soggiunto correttamente che inconvenienti ben più gravi possono derivare dalla violazione delle guarentigie della difesa.

La decisione è importante perchè riafferma l'autonomia del potere disciplinare e la necessità, in ogni caso, di un regolare procedimento che renda possibile all'impiegato l'esercizio pieno del diritto di difesa, anche quando un provvedimento di altro organo, pur con serie garanzie coordinate allo scopo di sollecita protezione della sicurezza pubblica, abbia stabilito una sanzione o una misura di polizia.

Ciò premesso, da un punto di vista di massima, è utile precisare meglio gli effetti del provvedimento di polizia.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

La condizione dell'impiegato assegnato al confino può essere considerata da diversi punti di vista.

a) In quanto ne risulti senz'altro la risoluzione del rapporto d'impiego. Ma questo effetto dovrebbe essere stabilito espressamente dalla legge. Non si può desumerlo dai principii generali del diritto, i quali per altro lo escludono, perchè il potere disciplinare è autonomo e indipendente. Spetta all'Amministrazione pubblica dalla quale l'impiegato dipende di provvedere alla condizione di lui. Non è ammissibile, generalmente, che un atto emanato da altra autorità, per scopi diversi, modifichi per se stesso e senz'altro il rapporto d'impiego. Questa regola, che attiene anche all'ordine delle attribuzioni amministrative e disciplinari, è confermata dalle eccezioni espressamente stabilite: destituzione degli impiegati dello Stato per determinate condanne penali; destituzione dei segretari comunali, secondo il nuovo ordinamento, per condanna o per assegnazione al confino. Ma non si può generalizzare.

b) Sono valutabili gli effetti di restrizione della libertà personale che derivano dal confino. Questa condizione è analoga a quella che risulta dall'arresto. Salve particolari disposizioni dei regolamenti locali, l'impiegato deve essere sospeso sino all'esito del procedimento disciplinare.

c) Sono valutabili i fatti che il confine presuppone; per essi si può procedere disciplinarmente, con le forme stabilite dalla legge: contestazione di fatti concreti; difesa; accertamento delle colpe, sia pure utilizzando e rivalutando i risultati della istruttoria fatta da altri organi. Ma questo potere conserva sempre la sua autonomia. L'autorità amministrativa non può abdicarvi: deve giudicare essa, accertando fatti e responsabilità disciplinari.

d) Certamente, l'assegnazione al confino determina ripercussioni d'ordine morale, valutabili dal punto di vista del requisito della condotta. Se si tratta di costituire il rapporto d'impiego, la condizione di diffamato è, senza dubbio, rilevante. Requisito essenziale per la nomina ad un pubblico ufficio è la condotta morale non discussa. Ma se il rapporto è già costituito, la risoluzione può essere deliberata *per le cause e con le forme* che sono *stabilite dalla legge*, per questo effetto, e sono diverse da quelle concernenti la costituzione del rapporto stesso: fatti concreti; procedimento istruttorio; difese; accertamento, ecc.

La ipotesi astratta di un contrasto tra il provvedimento disciplinare (per es. negativo) e quello di assegnazione al confino è praticamente assai difficile perchè l'eventuale errore dell'uno o dell'altro organo sarebbe corretto e riparato, anche per intervento delle autorità competenti.

In ogni modo, come ha correttamente osservato il Consiglio di Stato, non si può derogare all'ordinamento giuridico e specialmente alle norme concernenti il diritto di difesa, per la preoccupazione teorica di un contrasto tra i provvedimenti dei due organi amministrativi che agiscono con autonomia, con forme e per scopi immediati diversi, pur essendo comune la finalità ultima e generica.

Il contrasto è teoricamente possibile anche tra la sentenza del magistrato e il provvedimento amministrativo: ma non per ciò è minorata l'autonomia del potere disciplinare, se la legge espressamente non stabilisca, come ad esempio per gli impiegati dello Stato, che la condanna definitiva e irrevocabile, per certi reati, determina la destituzione.

XXV. - Medico condotto consorziale - Scioglimento e ricostituzione del Consorzio - Effetti.

Un consorzio sanitario fu sciolto e poi ricostituito con l'aggregazione di altri Comuni.

La nuova rappresentanza consorziale deliberò di dispensare dal servizio il medico condotto, titolare, già assunto dal precedente consorzio. La V^a Sezione del Consiglio di Stato ha dichiarato legittimo questo provvedimento, con decisione 17 aprile 1931 n. 225, considerando che il nuovo ente aveva facoltà ma non obbligo di mantenere in servizio lo stesso medico condotto.

Ciò risulta chiaro, dice la decisione, dell'art. 30 del R. D. 19 luglio 1906 n. 466, che attribuisce al medico condotto consorziale, che abbia acquistato la stabilità, una indennità pari ad un anno di stipendio se non sia confermato dal nuovo consorzio, costituito in tutto o in parte dai Comuni che formavano il consorzio precedente, oppure non ottenga subito altro posto di condotta a parità di condizioni.

La successione è stata ammessa, dalla giurisprudenza, fra Comuni, nei casi di fusione, incorporazione, ecc., ma non nel caso di costituzione o scioglimento di consorzio.

Negandosi però l'*obbligo* del nuovo ente di rispettare il rapporto di impiego costituito dal precedente consorzio, si ammette che, senza il procedimento del concorso, l'amm.ne dell'ente possa deliberare che permanga, nelle mutate condizioni obbiettive e subbiettive, lo stesso rapporto di impiego. A rigore, se lo scioglimento e la ricostituzione, in condizioni diverse, hanno effetto estintivo. la nomina successiva non potrebbe essere deliberata che mediante concorso; se si verifica, invece, un caso di successione, il rapporto si trasmette all'ente successore. Tuttavia, la giurisprudenza tempera gli effetti rigorosi della prima risoluzione e accettando questa ammette però che il nuovo ente consorziale *possa* conservare il precedente rapporto di impiego.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

L'Accademia di Medicina di Parigi contro il regime stomatologico in Francia.

I lettori del « Policlinico » sono già stati informati delle prime discussioni avvenute in seno all'« Académie de Médecine » di Parigi, consultata dal Ministro dell'Igiene sull'opportunità di accettare il disegno di legge Rio e Milan che rende obbligatoria la laurea in medicina per coloro che intendono esercitare l'odontoiatria.

Il dibattito si protrasse per ben sette sedute e rivelò subito l'influenza esercitata sull'Accademia dalla corrente autonomista (odontoiatria quale arte a sè stante), che in Francia è potentissima ed è spalleggiata dalla ancor più potente « Fédération Dentaire Internationale ». Tutti gli argomenti (compresi quelli calunniosi contro l'Italia), che da anni sono sfruttati dagli avversari del regime stomatologico, trovarono un'eco nell'« Académie de Médecine »: necessità di un gran numero di dentisti e impossibilità di ottenerlo rendendo più lunghi e difficili gli studi; pericolo che medici ignoranti di odontoiatria si associno a meccanici dentisti, favorendo l'esercizio abusivo; impreparazione delle Facoltà di medicina ad insegnare l'odontoiatria, ecc. Contro di essi non valse l'affermazione delle maggiori autorità accademiche, che l'odontoiatria è un ramo della medicina e che, come tale, non può essere esercitata se non da medici.

La Commissione nominata dall'Accademia aveva concluso in favore del disegno di legge Rio e Milan, ma un emendamento contrario del prof. Marfan ebbe in una prima votazione (ritenuta non valida) 2 voti di maggioranza, che salirono a 17 nella seconda, fatta dopo sette giorni, i quali diedero modo agli autonomisti di chiamare a raccolta i loro sostenitori.

L'emendamento approvato consta dei seguenti quattro articoli:

1. La soppressione del titolo di chirurgo-dentista non sembra giustificata;

2. Il diploma di baccelliere deve essere richiesto da coloro che intendono iniziare gli studi necessari a conseguire il predetto titolo;

3. E' necessario procedere a una riforma degli studi dentistici, i quali dovranno durare cinque anni;

4. I chirurghi-dentisti che desiderano ottenere il diploma di dottore in medicina dovranno sottomettersi a tutte le condizioni imposte agli altri studenti, senza alcuna facilitazione.

Pertanto l'Accademia, preoccupata di facilitare gli studi dentistici per favorire la produzione di odontoiatri, ha finito coll'imporre loro cinque anni di studio, dopo la licenza liceale, cioè un solo anno meno del corso di medicina. Essa ha dato perciò, senza volerlo, un colpo mortale al diploma di chirurgo-dentista, poichè inevitabilmente i futuri studenti non rinunceranno, per questo piccolo vantaggio, a tutti i privilegi offerti dalla laurea in medicina.

COEN-CAGLI.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

Ufficio internazionale d'igiene pubblica.

Il Comitato permanente si è adunato in sezione straordinaria a Parigi dall'11 al 20 maggio.

L'Italia vi era rappresentata dal dott. A. Lutrario, il quale ha assunto una parte notevole nei lavori.

Il Comitato ha proceduto alla messa a punto definitiva del progetto di convenzione per la regolamentazione sanitaria della navigazione aerea, di cui il Lutrario è stato relatore fin dall'inizio.

Ha preso in esame vari problemi relativi alla polizia delle malattie contagiose: passaporti sanitari, patenti di sanità, messaggi internazionali di quarantena, validità dei certificati di vaccinazione, ecc.

Il Comitato è stato messo al corrente delle due conferenze diplomatiche tenute presso il Ministero degli esteri francese il 23 ottobre 1930 e il 15 maggio 1931, per disciplinare i pellegrinaggi dell'Eggiaz. Delegato italiano alle due conferenze è stato il dott. Lutrario. Il Comitato ha ricevuto informazioni preliminari sull'organizzazione attuata nel Sudan dal Governo inglese e in Eritrea dal Governo italiano: questo ha in corso di costruzione una nuova stazione sanitaria nel porto di Massaua.

Il Comitato ha preso in esame il problema dei medici di bordo, che il dott. Lutrario ha prospettato fin dal 1926. La tesi italiana, secondo cui i medici di bordo dovranno costituire un corpo specializzato e responsabile e tenere un giornale sanitario dettagliato e preciso, ha fatto notevoli progressi. Una prova è data dall'Inghilterra, ove qualunque medico poteva essere assunto a bordo senza alcuna preparazione specifica, mentre ora verranno organizzati, sia pure a titolo facoltativo, dei corsi speciali complementari, per aspiranti a medici di bordo.

Il Comitato ha preso in esame la situazione di varie malattie infettive, fra cui la febbre esantematica, sulla quale una comunicazione del delegato italiano ha posto in evidenza i contributi recati in Italia (Carducci, Falcioni, Pecori, Sampietro, Izar, ecc.).

Sono state fatte varie comunicazioni relative agli esami medici preventivi. Il dott. Lutrario ha tenuto, al riguardo, una seconda conferenza sul prolungamento della vita umana (cfr. questo periodico, p. 1136).

Sono stati presi in esame vari problemi d'igiene: disponibilità di letti ospedalieri, ambulatori per cardiopatici, tutela della maternità e dell'infanzia, mortalità nelle popolazioni urbane e in quelle rurali, trasporto di « ferrosilicium » ed altri.

Lotta contro gli stupefacenti.

La Conferenza mondiale per la limitazione degli stupefacenti si è svolta a Ginevra; i suoi lavori hanno durato oltre un mese e mezzo.

La Conferenza, alla quale erano rappresentati 57 Stati, fra cui gli Stati d'America e la U.R.S.S., era stata convocata allo scopo di preparare una convenzione atta a garantire la limitazione della fabbricazione degli stupefacenti.

La nuova Convenzione è stata redatta e con largo contributo della Delegazione italiana.

La seduta di chiusura ha avuto particolare solennità.

Il primo delegato italiano sen. Gavazzoni riassunse con unanime consenso i risultati raggiunti ed inoltre propose che la Società delle Nazioni istituisse premi per ricompensare le ricerche scientifiche dirette a trovare nuovi medicamenti capaci di sostituire gli stupefacenti e dotati delle medesime virtù terapeutiche. Tale voto è stato accolto alla unanimità.

Dopo breve discorso di chiusura del presidente sen. De Brouckère, si è proceduto alla firma della convenzione. Hanno finora firmato gli Stati seguenti: Austria, Belgio, Bolivia, Canadà, Cecoslovacchia, Cile, Costarica, Cuba, Danimarca, Etiopia, Francia, Germania, Giappone, Gran Brettagna, Guatemala, Hegiaz, India, Italia, Messico, Paesi Bassi, Panama, Paraguay, Portogallo, San Marino, Siam, Svizzera, Uruguay, Venezuela.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AREZZO. — Per titoli ed esami. Ufficiale Sanitario del Comune di Arezzo, alle condizioni stabilite dal R. Decreto 29 novembre 1925, N. 2266. Stipendio L. 15.000, ridotto del 12 %, con quattro aumenti quadriennali del decimo, oltre l'indennità caro-viveri per coniugati o vedovi con prole. Per chiarimenti rivolgersi alla R. Prefettura di Arezzo.

AVERSA (*Napoli*). — Scad. ore 12 del 30 sett., tre condotte; L. 9500 con ritenuta 12 %; 4 quadrienni dec.; 1° c.-v.; età lim. 45 a.; doc. a 6 mesi dal 30 lug.; tassa L. 50.10.

BENETUTTI (*Sassari*). — Scad. 1 nov.; L. 9500 oltre c.-v. e L. 500 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.

BERCETO (*Parma*). — Scad. 22 ag.; 2ª cond.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 600 c.-v., L. 4000 cavalc.; deduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.10.

CATIGNANO (*Pescara*). — Scad. 20 sett.; L. 8000 e 4 quadrienni dec.; deduz. 12 %; L. 2400 trasp.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 1° lug.

CENE (*Bergamo*). — Scad. 31 ag., ore 18; L. 8000 e 5 quinquenni dec., c.-v., addizionali L. 2 e L. 5 per ciascun iscritto; per uff. san. L. 552; altre indennità; deduz. 12 %; età lim. 39 a.; tassa L. 50.10.

ENNA. *R. Prefettura.* — Il concorso al posto di Ufficiale Sanitario pel Comune di Valguarnera, è per titoli e per esami e non per titoli soltanto, come erroneamente pubblicato nei precedenti Numeri 31 e 32.

FRASSINORO (*Modena*). — Scad. 20 sett.; 2ª cond.; L. 8000 aumentabili, oltre L. 2500 cavalc. e c.-v.; deduz. di legge; età lim. 35 a.

GENOVA. *Istituto di Studi Scientifico-Pratici sulla tubercolosi.* — Concorso per titoli a 4 posti di assistente volontario gratuito. Tutti i laureati in medicina e chirurgia possono concorrere. Rivolgere domanda in carta libera corredata dei certificati di laurea e di nascita, nonchè di eventuali titoli di studio, alla Segreteria dell'Istituto, via Balilla, 1. Scad 15 ottobre.

GRAVELLONA LOMELLINA (*Pavia*). — A tutto 31 ag.; L. 12.000 e 5 quadrienni dec.; deduz. 12 %; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi dal 1° lug.; tassa L. 50.10.

IMPERIA. *Amministraz. Provinc.* — Scad. 20 sett.; direttore Sez. med.-micrograf. Laborat. d'igiene e profilassi; L. 19.000 aumentabili a L. 25 000, oltre L. 5200 elevabili a L. 7000 indenn. servizio; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

LATRONICO (*Potenza*). — Scad. 20 sett.; 1ª condotta; L. 6160 già decurtate 12 % e 6 quadrienni dec.; età lim. 30 a.

MASSA-CARRARA. *Amministraz. Provinc.* — Direttori della Sez. med.-micrograf. e della Sez. chimica del Laborat. Provinc. d'igiene e profilassi; L. 15.000 e 10 bienni ventes., oltre c.-v., eventualmente partecipaz. 25 %; deduz. 12 %. Scad. ore 12 del 15 settembre. Chiedere annunzio alla Segreteria Gener. della Prov. in Massa.

NAPOLI. *Stazione Zoologica.* — Assistente per la Fisiologia; L. 12.000 iniziali e 3 quadrienni di L. 2000, oltre indennità di carica da deliberarsi dal Consiglio d'Amministrazione, ed in linea provvisoria una indennità di carovita del 10 %; il tutto con detrazione del 12 %. Domande su carta libera non oltre giorni 45 dalla pubblicazione del presente avviso nel Bollettino del Ministero della Educazione Nazionale.

PATTENASCO (*Novara*). — Scad. 25 ag.; L. 8000 e 10 bienni ventes., oltre L. 500 uff. san., L. 500 alloggio, L. 250 ambulat., c.-v.

S. PAOLO ALBANESE (*Potenza*). — Scad. 31 ag.; L 5896, già ridotte 12 %; 6 quadrienni di L. 491.30; età lim. 40 a.

SOZZAGO (*Novara*). — Scad. 30 sett.; L. 7040; rivolgersi segreteria.

TERAMO. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Direttore della Sezione micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi. Stipendio annuo lordo L. 13.000. Indennità di servizio attivo L. 3000. Caro-viveri ridotto come per legge, oltre una percentuale, da fissarsi biennalmente, sui proventi per ricerche ed analisi fatte nell'interesse di istituz. pubbliche

o private o di cittadini. Sui compensi suddetti riduzione 12 % come da legge. Aumenti di lire 1000 ciascuno per i due primi quinquenni e di L. 1500 per gli altri due quinquenni e di L. 1500 per gli altri due quinquenni successivi. Età minima anni 45; e anni 50 per chi ha prestato servizio militare durante la guerra 1915-1918. Nessun limite di età per i coadiutori ed assistenti presso Facoltà medico-chirurgiche e Istituti di istruzione superiore o di coloro che prestino attualmente servizio in Laboratori di igiene e profilassi dello Stato o dipendenti da altri Enti pubblici in seguito a pubblico concorso o che vi prestino servizio, dietro incarico, da almeno tre anni. Scadenza ore 12 del 15 settembre. Per chiarimenti sui documenti da presentare ed altre informazioni, rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

Varese. *Sanatorio Macchi.* — Scad. 25 ag. Medico interno; rivolgersi Congregaz. di Carità.

Venezia. *Comune.* — Al 26 ottobre, ore 18; medico ispettore delle scuole; assistente Sez. med.-microgr. del Laborat. Municipale di Vigilanza igien.; condotta 12° circondario e condotta fraz. Treporti; titoli ed esami; stip. rispettiv. L. 14.000, 12.500, 8000 e 10.500; serv. att. L. 2500, 2000, 500 e 500; al 2° posto indenn. serv. provinc. L. 1500 e partecipaz.; 4 quinquenni dec.; deduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 25 lug. Chied. annunzio alla Segreteria Generale (Ufficio Personale).

Vietri di Potenza (*Potenza*). — Scad. 30 ag.; L. 7000 e 6 quadrienni dodicesimo; riduz. di legge; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

Vigo di Fassa (*Trento*). — Scad. 30 sett.; sede in Pozza; L. 8500 oltre c.-v., indennità in L. 0.75 a km., indennità diverse L. 7325; riduz. 12 %; tassa L. 50.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il presidente della Croce Rossa Italiana, sen. Filippo Cremonesi, ha conferito la medaglia d'oro dei benemeriti dell'Ente al prof. Guido d'Ormea, vice-direttore dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, e al prof. Giovanni Gallerani dell'Università di Bari, per benemerenze nel campo assistenziale.

Il premio principe di Monaco, dell'importo di 100.000 franchi — il più cospicuo premio scientifico della Francia — è stato conferito al dottor Adrien Veillon, dell'Istituto Pasteur, per i suoi lavori sugli anaerobi e sulla produzione del siero antigangrenoso. (Pochi giorni dopo, veniva annunziata la morte del valente e modesto studioso).

Presso il Dipartimento nazionale di Sanità pubblica del Brasile è stata istituita la carica di capo oftalmologo ed affidata al dott. Raymundo Chaves de Freitas, allo scopo precipuo di organizzare una campagna contro il tracoma.

La signora Curie è nominata membro onorario della « Sociedad Española de Fisica y Química » di Madrid.

NOTIZIE DIVERSE.

11° Congresso internazionale di chirurgia.

Si terrà a Madrid dal 15 al 18 marzo 1932, sotto la presidenza del prof. De Quervain (Berna) e la vice-presidenza del prof. Recasens (Madrid). Il programma scientifico comprende quattro temi: « Diagnosi e trattamento dei tumori intrarachidei »; « Suppurazioni polmonari non tubercolari »; « Chirurgia dell'esofago »; « Progressi recenti dell'anestesia chirurgica ». I congressisti stranieri visiteranno Burgos, Toledo, l'Escuriale, Siviglia, Cordova, Granata, Valenza e Barcellona.

Per ulteriori dettagli rivolgersi al segretario generale dott. Mayer, rue de la Loi 72, Bruxelles, Belgio.

3° Congresso internazionale di radiologia medica.

Si è tenuto a Parigi dal 26 al 31 luglio, sotto la presidenza del dott. Antoine Béclère, con il concorso di oltre 1200 radiologi, venuti da 44 Stati, e con lo svolgimento di un vasto programma di lavori scientifici. La partecipazione dell'Italia è stata delle più numerose; la nostra delegazione aveva a capo il prof. Busi. Una delle quattro conferenze ufficiali è stata svolta mirabilmente dal prof. Milani.

Il prossimo Congresso avrà luogo a Zurigo nel 1934, con la presidenza del prof. Schinz; a rappresentare l'Italia fino allora nel Comitato esecutivo internazionale è stato riconfermato il prof. Tandoia.

Tra le manifestazioni del Congresso va segnalato un omaggio reso alla signora Curie.

2° Congresso internazionale di ortodontia.

Si è adunato dal 20 al 24 luglio in Londra, sotto la presidenza di J. H. Badcock; vi erano rappresentati più di 20 Paesi e vi intervennero più di 400 congressisti. All'inaugurazione mandò un messaggio il ministro della sanità.

6° Congresso internazionale di medicina infortunistica e professionale.

Si svolge a Ginevra mentre questo numero viene impaginato, con largo intervento di congressisti italiani. Daremo prossimamente un resoconto dei lavori.

37° Congresso italiano di medicina interna.

La Società Italiana di Medicina interna terrà il suo 37° Congresso annuo a Bari nei giorni dal 18-21 ottobre.

I temi di relazione all'ordine del giorno sono: 1° « Il diabete », relatore: prof. Luigi Zoia; 2° « Le modalità di origine e di evoluzione clinica della tubercolosi polmonare », relatori: professori Carlo Gamna e Attilio Omodei-Zorini; 3° « Pancreatite acuta e cronica » (tema in comune con la Società Italiana di Chirurgia), relatori: proff. Antonio Gasbarrini e Giuseppe Tusini; 4° « Rapporti fra malaria e tubercolosi nell'esercito », relatore: tenente-colonnello medico dott. Virgilio De Bernardinis.

Per informazioni riguardanti le comunicazioni scientifiche, gli alloggi, ecc., rivolgersi al presidente del Comitato ordinatore del Congresso, prof. Francesco Galdi, R. Clinica Medica, Bari.

Società italiana fascista di studi scientifici sulla tubercolosi.

Terrà il suo 5° Congresso a Bologna dal 4 al 7 ottobre. Come è noto, la Società è aggregata alla Federazione, di cui resta la Sezione scientifica, pur essendo autonoma dal punto di vista esclusivamente scientifico. Conseguentemente le sedute saranno inquadrate nel Congresso della Federazione. I temi sono quelli già annunziati (vedi fasc. 30, p. 1100).

Le comunicazioni preannunciate saranno messe all'ordine del giorno, se accettate dalla Presidenza.

Le domande di prenotazione e gli annunci di comunicazione coi testi relativi dovranno essere indirizzate alla Segreteria del Congresso in Bologna, via Dante 6.

Il Congresso della Società italiana di ostetricia e ginecologia.

Avrà luogo quest'anno a Milano. Temi di relazione: 1° « Gli interventi operativi conservatori nelle annessiti. Loro risultati immediati o remoti »; relatore: prof. Emilio Alfieri, direttore della R. Clinica Ostetrico-ginecologica di Milano; 2° « Le indicazioni mediche della interruzione artificiale della gravidanza »; relatore: prof. Ercole Cova, direttore della R. Clinica Ostetrico-ginecologica di Palermo.

Per informazioni rivolgersi al segretario, prof. Cesare Micheli, via XX Settembre 68, Roma.

Le giornate di talassoterapia pediatrica di Grado.

Nei giorni 29-30 agosto si raduneranno a Grado gli studiosi di talassoterapia che specialmente si interessano di pediatria.

Il prof. Allaria, direttore della Clinica pediatrica di Torino, svolgerà il tema « La cura eliomarina nel rachitismo »; il prof. Baglioni, direttore dell'Istituto di fisiologia di Roma, tratterà « l'Alimentazione del bambino al mare »; il prof. Berghinz, direttore dell'Ospedale Infantile di Udine, « Mare e Monte »; il prof. Frontali, direttore della Clinica pediatrica di Padova, « l'indicazione della Cura Marina nella Pratica Pediatrica ». Tutti argomenti d'importanza per il medico pratico. Gli intervenuti potranno comunicare su questioni che abbiano attinenza colle conferenze dei relatori.

Speciali facilitazioni saranno fatte agli iscritti. L'iscrizione è libera: rivolgersi al dott. Marzollo, segretario del Comitato di cura, Grado (Trieste).

Congresso Argentino di medicina tropicale.

La « Sociedad Argentina de Patologia Regional del Norte » terrà la sua 7ª riunione a Tucumán nel prossimo ottobre. Per informazioni rivolgersi al presidente Dr. Salvador Mazza, Casilla de Correo 17, Jujuy, Argentina.

Congressi medici francesi.

L'epoca preferita per i congressi medici francesi è l'ottobre. Nel prossimo ottobre si aduneranno, tra gli altri, i congressi seguenti: 1-3, Bordeaux, di ginecologia e ostetricia; 2-3, Parigi, 2° di chirurgia riparatrice; 5-7, Strasburgo, 7° di pediatria; 5-10, Parigi, 40° di chirurgia; 6-10, id, 31° di urologia; 9-10, id., 9° di ortopedia; 12-15, Parigi, 18° d'igiene.

Congressi medici tedeschi.

Per il prossimo settembre sono annunziati i seguenti: 14-16, Berlino, della Società ortopedica tedesca; 21-23, Norimberga, 8° della Società tedesca per l'igiene industriale; 22-24, Badkissingen, della Società tedesca per la storia della medicina e delle scienze naturali; 23-26, Dresda, 42° della Società tedesca di pediatria. Il 9° congresso della Società tedesca sulla patologia digerente e del ricambio avrebbe dovuto tenersi a Vienna dal 23 al 26 ma è stato rimandato al prossimo anno. Dall'1 al 3 ottobre si adunerà a Vienna la Società tedesca di urologia.

Una conferenza del prof. Marchiafava.

Il prof. sen. E. Marchiafava ha tenuto, l'8 corr., alla Scuola Superiore di Malariologia, una conferenza sul tema « La perniciosità nella malaria ». Per la lucidità delle nozioni esposte ed il vigore del pensiero, il grande Maestro trascinò all'entusiasmo il denso uditorio, composto di medici, che infine gli tributarono una interminabile ovazione.

Corso di cardiologia.

Dal 9 al 19 novembre si terrà, nell'Ospedale Tenon di Parigi, sotto la direzione del prof. C. Lian, un corso di perfezionamento sulle grandi sindromi cardiache. Tassa fr. 250. Per iscrizioni e programmi rivolgersi alla: Faculté de Médecine, A. D. R. M. (salle Béclard); oppure allo: Hôpital Tenon, rue de la Chine 4.

Convegno sulle vaccinazioni antitubercolari nei bovini.

Il 2 agosto si è tenuto in Lomellina un secondo raduno di tecnici e agricoltori, promosso dall'Istituto Vaccinogeno Antitubercolare di Milano, per accertare i benefici risultati delle vaccinazioni con B. C. G. nei bovini. Il direttore dell'Istituto, prof. A. Ascoli, illustrò l'azione svolta; furono poi visitati gli allevamenti. Intervennero al convegno i proff. Texeira e Lincastre di Lisbona.

Una elargizione per la lotta contro la tubercolosi.

La Federazione nazionale italiana fascista per la lotta contro la tubercolosi comunica:

I sigg. David e Zenaide Sagrini, esecutori testamentari dell'Eredità Sagrini, hanno elargito la somma di L. 400.000 per la lotta contro la tubercolosi in provincia di Macerata.

Il presidente del Consorzio antitubercolare locale ha immediatamente disposto perchè la cospicua somma fosse impegnata per la costruzione di un Dispensario.

La Federazione contro la tubercolosi ha assegnato la medaglia d'oro di benemerenza ai munifici donatori.

L'opera Maternità e Infanzia nel 1930.

L'opera svolta dal Fascismo per la protezione della maternità ed infanzia va sempre più sviluppandosi. Infatti le somme spese ed impiegate dall'Opera Nazionale per la protezione della maternità ed infanzia nel 1930 furono di 121 milioni 299.000 lire mentre nel 1929 erano state di 100 milioni e nel 1928 di 80 milioni.

L'incremento avutosi nelle somme erogate è in relazione diretta col numero degli assistiti; in-

fatti nel 1930 si ebbe un totale di 1.564.689 assistiti tra bambini e madri, mentre nel 1929 se ne erano avuti 1.003.111 e nel 1928 circa 250.000

Cattedra di chirurgia ortopedica a Filadelfia.

Presso il « Jefferson Medical College » verrà istituita una cattedra di clinica ortopedica, mercè la donazione di 100.000 doll., pari a circa 2 milioni di lire it., fatta dalla sig.ra Catterina R. Edwards, in memoria del fratello.

Per la scuola medica della California.

Il Consiglio d'amministrazione della « Sanford University » ha accettato la donazione di 2.250.000 doll., pari ad oltre 40 milioni di lire it., fatta per gli edifizi della scuola medica da un anonimo, il quale ha posto la condizione che l'Università procuri la metà della stessa somma entro il 1° febbraio 1932.

Il Sanatorio di Cuasso al Monte.

La Croce Rossa Italiana ha voluto legare indissolubilmente ad una delle sue più importanti opere assistenziali il nome di Emanuele Filiberto di Savoia, Duca d'Aosta, cui è stato intitolato il Sanatorio di Cuasso al Monte.

Villaggio sanatoriale in Francia.

Si è iniziata la costruzione di un grande villaggio sanatoriale nel territorio di Salagnac (Dordogna); potrà ospitare 5000 persone (tubercolotici di guerra e loro famiglie) che si reggeranno da sè, costituendo un vero comune, con municipio, ufficio postale, scuole, teatro; il progetto comprende anche un albergo, una stazione d'autobus, campi sportivi, ecc. Gl'infermi verranno rieducati al lavoro.

Il villaggio dista 16 Km. dal centro più prossimo, Salagnac, che conta 250 abitanti. La strada di comunicazione è prossima ad essere ultimata.

L'iniziativa si deve alla « Fédération nationale des blessés du poumon et des chirurgicaux », che ha preventivato una spesa di 60 milioni di franchi, dei quali 52 furono subito votati dal Parlamento nel giugno 1930.

Si prevede che nel maggio 1932 saranno ultimate 250 case, cioè la metà del villaggio. L'inaugurazione verrà fatta dal Presidente della Repubblica.

Un piano regolatore per Salsomaggiore.

Il Consiglio dei ministri, fra gli altri provvedimenti, ha approvato uno schema di provvedimento concernente il piano regolatore edilizio e di ampliamento dell'abitato di Salsomaggiore.

Il provvedimento risponde alla necessità di dare adeguata sistemazione ad un'importante stazione di cura, qual'è Salsomaggiore, essendo quel Comune autorizzato, in virtù della legge 25 novembre 1926, a proporre un piano regolatore per la sistemazione igienico-edilizia, in deroga alle norme sul limite della popolazione. Con lo stesso provvedimento viene data al Comune facoltà di eseguire le espropriazioni occorrenti per l'attuazione del piano regolatore, in base agli art. 12 e 13 della legge per Napoli, 15 gennaio 1885.

Il nuovo acquedotto di Ravenna.

Con grandiosa cerimonia, alla presenza del Capo del Governo, il 1° agosto venne inaugurato a Ravenna il nuovo acquedotto comunale, che adduce le acque artesiane captate a Torre Pedrera (in comune di Rimini), distante 43 km.; le opere architettoniche si distinguono per lo stile sobrio ed elegante. L'opera è dedicata ai caduti.

L'educazione fisica della gioventù italiana.

L'« Agenzia di Roma » rileva in un quadro sintetico l'alacrità e l'ampiezza di opere svolte in Regime Fascista per l'educazione fisica giovanile.

Relativamente all'assistenza sanitaria è stato provveduto da parte dei Comitati provinciali e comunali all'impianto di ambulatori dove vengono gratuitamente prodigate le cure e distribuite le medicine agli iscritti. Durante l'anno VIII ben 403.250 organizzati hanno fruito del beneficio della visita medica.

Oltre 100.000 avanguardisti hanno preso parte ai campeggi estivi; circa 100 colonie marine, montane ed elioterapiche sono state istituite per i Balilla.

Le scuole all'aperto vanno sempre più beneficamente estendendosi in tutta Italia.

Ciascuna delle 92 provincie italiane provvede alle proprie opere assistenziali e profilattiche, per le quali ha attuato apposite costruzioni mediante organi e persone in diretta dipendenza del P. N.F. ed a ciascuna provincia arriva pure di continuo l'azione di potenti organismi, quale l'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia, la Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi, la Cassa Nazionale per le assicurazioni sociali, mentre anche tutti gli altri Enti corporativi che hanno in Italia un tipico assetto, spiegano una azione energica a favore di tutto ciò che rappresenta il benessere fisico e spirituale delle varie classi della popolazione e specie in essa degli individui più giovani.

Corso informativo di educazione fisica.

Il 1° agosto si è iniziato a Roma il 3° corso informativo di educazione fisica, al quale partecipano 800 maestre e direttori didattici. Ai corsi nazionali hanno preso parte fin'ora ben 3000 insegnanti.

Bibliografia italiana per le scienze mediche e biologiche a cura del "Consiglio Nazionale delle Ricerche".

Come è noto, il Consiglio Nazionale delle Ricerche, d'intesa con la R. Accademia d'Italia, pubblica regolarmente un'accurata e obbiettiva documentazione, intitolata « Bibliografia Italiana », che rispecchia la produzione scientifica italiana nel campo di tutte le scienze.

Per quanto riguarda le scienze biologiche e mediche, la rispettiva bibliografia, raccolta in fascicoli mensili distinti in: *A*) Scienze biologiche e *B*) Medicina, viene redatta a cura del Comitato Nazionale per la Medicina e comprende, citandone le fonti, tutti i libri, le memorie, le comunicazioni, le note, gli articoli dei principali periodici italiani di biologia e di medicina, nonchè gli atti dei congressi e gli opuscoli editi in Italia.

Ciascuna citazione bibliografica è seguita da un riassunto dell'argomento trattato.

I lavori recensiti nel 1930 furono per la biologia 2385; per la medicina 8466; totale n. 10851.

Ogni annata reca indici completi (per autori e

per materie); i quali facilitano la ricerca e l'esame di ogni argomento.

La « Bibliografia Italiana » di tutte le scienze si pubblica in fascicoli mensili. Il prezzo di abbonamento annuale è di L. 80 per il gruppo *A* (Scienze biologiche) e di L. 120 per il gruppo *B* (Medicina). Per gli abbonamenti rivolgersi, inviando l'importo, al Consiglio Nazionale delle Ricerche (Ministero Educazione Nazionale), Roma.

Nella stampa medica.

L'« Archivio Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia », che si pubblicava a Napoli, in seguito alla morte del prof. De Carli cambia la direzione, ma conserva intatte le sue tradizionali caratteristiche. Il giornale è ora posto sotto la direzione dei proff. U. Calamida, S. Citelli, B. Bruzzi, P. Caliceti e si pubblica in Milano. Direzione e redazione: R. Clinica Otorinolaringologica, Ospedale Maggiore; Amministrazione: via Primo Tatti 3, Como.

Per il reclutamento dei datori di sangue in Francia.

La difettosa organizzazione di questo servizio ha dato origine, tempo addietro, ad un accidente: una signora operata di parto cesareo nell'Ospedale americano di Parigi, presentò un'emorragia interna, che rese necessaria una trasfusione di sangue; ma non si trovò a portata alcun datore, e quando uno ne giunse, la paziente era già spirata. Il marito citò l'operatore e l'amministrazione ospedaliera, per rivalsa di danni, in misura corrispondente ad un milione di lire it.; ma il Tribunale rigettò la domanda.

Questo avvenimento ha commosso l'alta società parigina e dato lo spunto a costituire un'Associazione per reclutare i datori che s'impegnino ad accorrere ad ogni chiamata e per classificarli in base ai gruppi sanguigni.

L'Assistenza Pubblica di Parigi ha organizzato 12 centri di datori di sangue, per gli ammalati degli ospedali.

Congresso internazionale di medicina omeopatica.

Un nuovo congresso si è tenuto a Ginevra. Numerose sono state le comunicazioni. Il dott. Bonino, di Torino, ha fatto una dissertazione sull'angina pectoris e sul suo trattamento omeopatico.

A sede del congresso prossimo è stata scelta Berlino.

Visita alle stazioni termali tedesche.

In seguito ad iniziativa di un gruppo di medici toscani ed emiliani è stato formato un Comitato per organizzare nel prossimo settembre e precisamente dal 3 al 14 di detto mese, un viaggio in Germania, Cecoslovacchia e Austria per la visita delle principali stazioni termali e climatiche, istituti, cliniche, sanatori e la Grande Esposizione Internazionale di Dresda, che anche quest'anno si ripete con immenso successo.

Il Comitato (dottori Fortunato Chiari e Mario Minarelli, dott.ssa Spitzer, prof. dott. Borgheggiani, cav. Carlo Bonetti), ha curato i dettagli del programma non soltanto dal lato scientifico, ma anche da quello turistico ed economico.

Il programma può venire richiesto senza impegni al Comitato di Firenze, Borgo dei Greci 8.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Rev. Belge des Sc., gen. — M. REGNIER e L. DESCLIN. L'infarto del miocardio.

Minerva Med., 10 mar. — M. DALLA PALMA. Terapia splenica nelle malattie allergiche. — E. LOMBARDI. Sindrome di Lichtheim.

Presse Méd., 11 mar. — F. COSTE e J. LECAPÈRE. Le artriti.

Giorn. It. di Dermat. ecc., feb. — A. AMBROGIO. Influenza dei raggi Roentgen ecc. sulla r. di Wassermann. — G. CHIALE. Ricerche sulla M. K. R. e r. W. — E. BIZZOZERO e A. V. FERRARI. Idiosincrasia all'iodoformio.

Rev. Españ. de Med. y Cir., mar. — G. MARAÑON. Le acidosi ipoglicemiche.

Lancet, 14 mar. — W. HARRIS. Nevralgia del trigemino e suo trattam. — J. E. McCANTNEY. Coltura del sangue.

Deut. Med. Woch., 13 mar. — ZIEGLER. Fisiopatologia del sistema neuro-vegetat.

Arch. Méd.-Ch. App. Resp., 5. — A. CHIASSERINI. Embolie post-operat.

Journal A. M. A., 28 feb. — C. P. MATHÉ. Trattamento della litiasi renale. — S. J. FOGELSON. Trattam. dell'ulcera peptica con mucina gastrica.

Arch. It. di Chir., 28 feb. — L. BIANCALANA. Sindrome di Klippel e Feil. — A. RINDONE. Iperglicemia post-operat.

Münch. Med. Woch., 13 mar. — SCHOTTMÜLLER. Epatoterapia dell'anemia pernic.

Brit. Med. Journ., 14 mar. — L. FINDLAY. L'acidosi.

Rev. de Méd., feb. — P. CHEVALLIER e R. GOLDBERG. Le emofilie.

Zbl. f. Chir., 14 mar. — S. HOFFHEINZ. Progressi nel trattam. delle fratture.

Amer. Journ. Med. Sc., mar. — R. S. MORRIS. Il cuore « tiroideo ». — H. J. DARMSTADTER. La neurastenia quale espressione di disturbi emotivi. — T. COLDMAN e A. G. BOWER. Trattam. della meningite gonococcica con punture dalla cisterna.

Rass. Clin.-Scient., 15 mar. — P. RONDONI. Ricerche sperimentali sulla gotta e sulle artropatie. — H. CHAPPLE. Il sonno crepuscolare.

Arch. di Patol. e Clin. Med., feb. — R. COLELLA. Genesi del gozzo e delle disfunzioni tiroidee. — A. SEGA. Sindrome tipo Froin da pachimeningite consecutiva a spondilite tbc.

Giorn. Med. Alto Adige, feb. — R. BROGLIO. Spondilite sifilitica. — G. RIVELLONI. Metodo Maisler sulla cura della gonorrea acuta e cron. — M. DELLA PALMA. Ictus laringeo in corso di meningo-tracheite spasmodica.

Arch. It. di Chir., mar. — C. DE FERMO. Simpatectomia perivascolare. — L. TORCHIANA. Fibroma molle delle guaine tendinee.

Ann. di Ost. e Gin., 28 feb. — R. BOMPIANI e G. ADDESSI. Ricerche sul distacco intempestivo della placenta.

Diagnost. e Tecn. di Lab., 25 gen. — R. ARRIGONI e C. GIORGETTI. La ritenzione ureica nel sangue.

Acta Med. Scand., IV. — E. MOELLER. Trattam. esclusivam. dietetico dell'obesità. — R. EHRSTRÖM. Psiche e circolaz.; psiche e calcio del siero.

Brit. Journ. Urol., mar. — C. W. LUNDQUISH. Micosi primaria del rene — T. HUNT. Prova funzionale idrica del rene.

Presse Méd., 18 mar. — J. TROISIER. Febbre quintana. — M. VILLARET. Ipertensioni arteriose parossistiche.

Journal A. M. A., 7 mar. — W. OPHÜLS. Nefrite e sclerosi cardio-vascol.

Rev. Franç. de Gyn. et d'Obst., feb. — R. BOURG. Nuovo processo d'applicaz. della reaz. di Aschheim e Zondek.

Riv. Ospedal., feb. — M. TRIPODI. L'emicraniosi del Brissaud.

Med. Klinik, 20 mar. — P. LEUSDEN. Diagn. precoce dei tumori mal.

Paris Méd., 21 mar. — Numero sul cancro.

Presse Méd., 21 mar. — F. COSTE e J. LACAPÈRE. Le artrosi.

Journ. de Microbiol. (Leningrado), 2. — P. KASCHKIN e M. PETROW. Biologia delle dermatomicosi. — J. A. MERÜN. Variabilità dei dermatomiceti.

Clin. Chir., feb. — CAZZAMALI. Oscurità diagnostiche in tema di appendicite. — CIMINO. Funzione epatica ed equilibrio acido-base.

Arch. p. le Sc. Med., mar. — A. LAMNA. Genesi del calore nell'infiammaz. acuta.

Proc. R. Soc. Med., mar. — E. A. CARMICHAEL. Eziologia della sclerosi disseminata.

Med. Ibera, 21 mar. — R. CASTROVEJO. Biomicroscopia nella diagnosi oftalmologica.

Min. Med., 24 mar. — G. DOMINICI. Splenocontrazione adrenalinica.

Pathologica, 15 mar. — C. NINNI e V. TRAMONTANO. Reazione tissulare nell'inoculaz. del B. C. G. per via linfoglandolare nelle cavie.

Zbl. f. Chir., 28 mar. — F. J. LANG. Il trauma nella genesi delle affezioni osteo-articol. cron.

Prensa Méd. Argent., 10 feb. — T. CASTELLANO. Metodo antropometrico e canone di Breitmann.

Brasil-Med., 21 feb. — A. BOTELHO. La pressione del liquido c.-r. negli epilettici. — 28 feb. P. SALGADO. Blocco seno-auricolare.

Riforma Med., 23 mar. — L. BENEDEK e E. VON THURZÓ. La narcolessi genuina e la sua terapia.

Pediatria, 1 apr. — A. LAURINSICH. Agglutinaz. di varie specie di Leishmania.

Dermosifilografo, mar. — P. A. MEINERI. Fragilità capillare.

Mediz. Klinik, 27 mar. — L. ALKAN. Malattie organiche a base psichica.

Bull. Méd., 28 mar. — Numero sugli infortuni del lavoro.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 mar. — Numero di oftalmol.

Brit. Med. Journ., 28 mar. — W. SHELDON. Interpretaz. del dolore nell'infanzia.

Ann. Inst. Pasteur, mar. — J. MARKIANOS. Lebbra e virus filtrab. — S. B. SEWERTZOVA. Influenza dell'irradiaz. mitogenetica sulla veloc. di moltiplic. dei batteri.

Gaz. d. Hôp., 25 mar. — G. NINNI. Terapia lattica.

Indice alfabetico per materie.

V. ASCOLI †, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit Armani di M. Courrier.

PROF. DOTT. MARIO FLAMINI Docente Clinica di Pediatrica nella R. Università, Direttore del Brefotrofio Provinciale di Roma.

Manuale di PEDIATRIA PRATICA

Affinchè i signori Medici possano rendersi conto della importanza pratica del volume che è ormai alla terza edizione, ne riportiamo qui di seguito l'INDICE SISTEMATICO:

PREFAZIONE ALLA 1ª EDIZIONE, ALLA 2ª EDIZIONE E ALLA 3ª EDIZIONE.

PARTE I.

Assistenza al bambino sano.

CAPITOLO I. — *Alcune nozioni di fisiologia del bambino.*

Accrescimento del bambino. Tubo digerente. Feci del bambino. Ricambio materiale del lattante. Capo. Sistema nervoso. Organi dei sensi. Deambulazione. Riflessi. Favella. Temperatura. Polso. Sangue. Pressione sanguigna. Respiro. Sonno.

CAPITOLO II. — *Il neonato normale e prematuro.*

Prime cure. Assistenza al prematuro.

CAPITOLO III. — *Igiene generale del bambino.*

La bambinaia. Camera del bambino. Igiene della pelle: Bagno. Vestiario. Sonno. Uscita. Giuochi - Giuocattoli.

CAPITOLO IV. — *Allattamento.*

Latte. Allattamento naturale. Allattamento materno. Allattamento a balia. Divezzamento. Allattamento artificiale. Provvista del latte. Modificazioni del latte. Sterilizzazione del latte. Somministrazione del latte al poppante. Allattamento misto. Altri alimenti, oltre al latte, che si somministrano durante l'allattamento. Farine diastasate. Farine amido diastasate. Farine amilacee. Farine composte. Preparazione di alcuni altri alimenti e bevande da somministrare anche prima del divezzamento.

CAPITOLO V. — *Alimentazione del bambino dopo il 1° anno.*

Preparazione di alcuni alimenti e bevande per i bambini dopo il divezzamento. Il sistema dietetico di Pirquet.

CAPITOLO VI. — *Irrobustimento - Ginnastica.*

CAPITOLO VII. — *Alcune norme di igiene del bambino durante gli anni della scuola.*

PARTE II.

Nozioni di semeiotica e di terapia generale del bambino.

CAPITOLO I. — *Semeiotica generale del bambino ammalato.*

CAPITOLO II. — *Alcune norme generali di assistenza al bambino ammalato.*

Camera del bambino ammalato. Dosaggio di medicinali. Somministrazione di medicinali.

CAPITOLO III. — *Alcuni metodi di cura - Indicazioni e tecnica.*

Idroterapia. Cataplasmi di seme di lino. Applicazione del freddo e del caldo sulla cute. Rimedi fisici esterni per far sudare. Rivulsivi cutanei. Lavanda gastrica, clisteri, enteroclismi, suppositori, proctoclisi, lavande vaginali e vescicali. Cura degli occhi, orecchi e naso. Cura della gola, polverizzazioni, inalazioni. Iniezioni, ipodermoclisi. Puntura lombare, puntura dei ventricoli e della cisterna magna. Iniezioni endovenose. Salasso. Iniezioni epidurali. Massaggio. Applicazioni elettriche. Diatermia. Irradiazione con raggi ultra-violetti.

CAPITOLO IV. — *Norme generali di assistenza nelle malattie contagiose.*

CAPITOLO V. — *Cure climatiche.*

Norme da eseguirsi per il bagno di mare. La cura solare.

PARTE III.

Diagnosi e cura delle più comuni malattie dell'infanzia.

CAPITOLO I. — *Malattie dei neonati.*

Cefalo-ematoma. Ematoma dello sterno-cleido-mastoideo. Afte di Beduar. Oftalmia dei neonati. Paralisi ostetriche. Malattia dell'ombelico. Mastite dei neonati. Sclerema e scleredema dei neonati. Melena dei neonati. Penfigo dei neonati. Ittero dei neonati. Setticemie dei neonati. Morbo di Winckel. Morbo di Buhl. Tetano dei neonati. Eresipela dei neonati. Anomalie congenite.

CAPITOLO II. — *Malattie infettive acute.*

Difterite. Morbillo. Rosalia. Scarlattina. Quarta malattia. Varicella. Vaiolo - Vaccinazione. Pertosse. Parotite epidemica. Influenza. Febbre ganglionare. Tifo adodminale. Infezioni paratifiche. Dissenteria. Meningite cerebro-spinale epidemica. Encefalite epidemica. Poliomielite epidemica. Corea minore. Porpora. Eritemi polimorfi. Eresipela. Reumatismo articolare acuto. Reumatismo articolare cronico. Malaria. Leishmaniosi. Febbre di Malta. Morbo di Wehil. Setticemie. Vaccinoterapia e proteino-terapia. Stomosine.

CAPITOLO III. — *Malattie infettive croniche.*

Sifilide ereditaria. Tubercolosi. Predisposizione. Tubercolosi delle ghiandole peribronchiali. Tubercolosi polmonare. Tubercolosi ossea. Meningite tubercolare. Peritonite tubercolare. Tubercolosi intestinale. La tubercolino-terapia. Vaccinazione dei neonati contro la tubercolosi.

CAPITOLO IV. — *Malattie dell'apparato respiratorio.*

Coriza acuta. Rinite cronica. Polipi nasali. Corpi estranei nel naso. Epistassi. Otite. Laringite acuta - Pseudo croup. Stridore laringeo congenito. Tracheite e bronchite acuta. Bronchite asmatica. Bronchite capillare. Broncopolmonite. Polmonite crupale. Bronchite cronica. Bronchiectasia. Broncopolmonite e polmonite cronica. Pleurite sierosa e pleurite secca. Empiema.

CAPITOLO V. — *Malattie dell'apparato digerente.*

Disturbi della dentizione. Ritardo della dentizione. Carie dei denti. Anomalie di posizione dei denti. Labbro leporino. Stomatiti. Tonsilliti. Ipertrofia delle tonsille. Vegetazioni adenoidee. Ascesso retro-faringeo. Imbarazzo gastrico. Rigurgito e vomito dei poppanti. Stenosi congenita del piloro. Vomito ciclico. Anoressia. Metodi pratici di esame delle feci. La teoria di Finckelstein sui disturbi di nutrizione dei poppanti. Dispepsia gastro-intestinale. Atonia intestinale. Intolleranza per il latte. Gastro-enterite acuta. Enterite acuta. Enterite cronica. Intussuscepzione. Appendicite. Peritonite acuta. Stipsi abituale - Megacolon. Prolasso del retto. Ragadi anali. Malformazioni ano-rettali. Parassiti intestinali. Ittero catarrale. Cirrosi del fegato.

CAPITOLO VI. — *Malattie dell'apparato circolatorio.*

Pericardite acuta. Pericardite tubercolare. Obliterazione del pericardio. Endocardite acuta. Vizi di cuore acquisiti. Vizi congeniti di cuore.

CAPITOLO VII. — *Malattie dell'apparato genito-urinario.*

Nefrite acuta. Nefrosi. Nefrite cronica. Nefrite materna e allattamento. Albuminuria ortostatica. Tubercolosi del rene. Cistite - Pielocistite. Calcoli vescicali. Fimosi del prepuzio. Vulvo-vaginite. Onanismo. Idrocele.

CAPITOLO VIII. — *Malattie del sistema nervoso.*

Trombosi dei seni. Meningiti acute. Idrocefalo cronico. Microcefalia. Spina bifida. Encefalite acuta. Sclerosi a placche. Atassia ereditaria. Malattia di Wilson. Morbo di Little. Paralisi spinale flaccida congenita. Atrofia muscolare progressiva spinale precoce. Atrofia spinale neuritica. Distrofia muscolare progressiva. Miotonia congenita. Imbecillità - Idiozia. Isterismo. Emicrania. Epilessia. Spasmofilia. Enuresi notturna e diurna. Terrori notturni. Insonnia.

CAPITOLO IX. — *Malattie costituzionali, del sangue e del ricambio.*

Rachitismo. Anomalie congenite delle ossa. Morbo di Barlow. Diatesi essudativa. Anemia. Anemia splenica. Morbo di Banti. Leucemia - Cloroma. Anemia pseudo-leucemica della prima infanzia. Linfogranuloma maligno. Emoglobinuria parossistica. Favismo. Diabete mellito. Diabete insipido.

CAPITOLO X. — *Malattie endocrine.*

Malattie della ghiandola tiroide. Malattie dell'ipofisi. Malattie dell'epifisi. Malattie delle capsule surrenali. Malattie del timo. Stato timo-linfatico. Diatrofie di origine generale. Saggi farmaco-dinamici.

CAPITOLO XI. — *Malattie della pelle.*

Intertrigine. Eczema. Impetigine contagiosa. Lichen orticato. Sudamina. Pediculosi. Scabies. Tigna favosa. Erpete tonsurante del cuoio capelluto.

PARTE IV.

Posologia infantile.

Posologia infantile.

Volume in-8° di pagg. XII-452 nitidamente stampato, con 118 figure nel testo.

Prezzo L. **55**, più le spese postali di spedizione.

Per gli abbonati ai nostri periodici sole L. **50** in porto franco.

Per ottenere quanto sopra inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI, Ufficio Postale Succursale diciotto, ROMA.

ANNO XXXVIII Roma, 24 Agosto 1931 - IX Num. 34

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istit. di Clinica Medica Generale della R. Università di Palermo diretto dal Prof. MAURIZIO ASCOLI.

L'iodo nella profilassi e terapia della corizza

per il dott. FRANCO CORONA, assistente.

Vi sono delle forme morbose di poca importanza, che tuttavia sono fastidiose perchè da un lato limitano, specie se ripetute, le possibilità di lavoro; dall'altro, se trascurate, possono condurre a complicanze più o meno importanti. Primeggiano fra queste noiose affezioni la corizza e l'angina comune. Per la loro mediocre entità esse si sottraggono all'opera del medico, perchè sono per lo più oggetto di cure familiari; eppure i danni globali sono tutt'altro che trascurabili ed il problema non indifferente, per cui anche questi disturbi appaiono meritevoli di studio metodico, nei riguardi etiologici e terapeutici. Non ci occupiamo qui del problema causale, che in questi ultimi tempi è stato pure affrontato, conducendo alla conclusione che sia in gioco un virus filtrabile. Riferendoci semplicemente a quello terapeutico, richiamiamo l'attenzione su un metodo di cura che nella sua semplicità pare abbia il potere di prevenire, e se sviluppatosi di alleviare, le noiose manifestazioni legate a queste forme morbose.

L'uso dello jodo contro la corizza e l'angina comune, è stato proposto da Finck (1) nel 1920. Egli consigliava di prendere 8 goccie di soluzione di jodo ed joduro di potassio (jodo puro 0,3, joduro di potassio 3, acqua distillata 30); ed affermava di aver ottenuto risultati eccellenti. Può sembrare a prima vista paradossale il fenomeno che proprio l'jodo, che di per sè è capace di produrre delle manifesta-

(1) FINCK J. *Eine neue spezifische jodwirkung. Die innerliche Behandlung von Schnupfen und Angina mit jod.* Münch. Mediz. Woch., 1920, n. 15.

zioni infiammatorie delle vie aeree superiori, d'altro canto determini una rapida regressione di processi infiammatori in via di sviluppo; verosimilmente è questione di dose.

Bier riferisce di aver ottenuto buoni risultati, nella cura abortiva della corizza, mettendo, con criterio omeopatico, una goccia di tintura di jodo in un bicchiere di acqua e bevendone un sorso dopo aver agitato la miscela. In seguito lo stesso Bier (2) ha provato la soluzione di Finck e l'ha trovato più efficace della tintura di jodo, prendendone una sola goccia e superando così le barriere delle dosi omeopatiche, per passare nel campo delle dosi piccole.

Avvertendo le prime manifestazioni di una corizza ho voluto provare la terapia jodica. Ho notato io pure che i disturbi sia generali (malessere, senso di freddo alle gambe, stordimento, abbattimento ecc.) che locali (senso di pizzicore, di bruciore, di secchezza ed anche di ostruzione alla gola ed al naso) sono andati gradatamente, ma piuttosto rapidamente, diminuendo fino alla completa scomparsa. Ho evitato in questo modo le due o tre corizze abituali in me nella stagione invernale. Le persone di mia famiglia e numerosi colleghi ed estranei, circa venti, cui ho poi consigliato, in circostanze analoghe, il trattamento, hanno riportato i medesimi benefici effetti. La dose adoperata è stata di 5-6 gocce, al massimo 10 di sol. Lugol al giorno, secondo i soggetti. Generalmente, se la corizza non è nettamente dichiarata, bastano una, due somministrazioni. Le piccole dosi dunque sembrano esplicare un'azione efficace nella profilassi e terapia della corizza.

Quanto alle modalità d'azione del farmaco, va ricordato che esso è un energico antisettico e che in gran parte viene ad essere eliminato per la via delle mucose. Queste poi esercitano, come la cute, funzioni di emuntorio, richiamando sostanze tossiche dal circolo (iperpessia), risentendo però anche gli effetti dannosi dell'accumularsi di esse. La corizza jodica non sarebbe dunque che l'espressione di una eccessiva carica del farmaco. Nel secreto nasale, in un caso di corizza jodica, Anten trovò lo jodo in proporzione di 1,5 % della dose somministrata (Marfori) (3). Qualunque sia la via d'introduzione, l'jodo esplica un'azione elettiva sulle mucose delle vie aeree superiori così sensibili a questa sostanza; e d'altro canto a sua posta la flogosi propria della corizza (iperemia ed imbibizione dei tessuti, dilatazioni dei dotti escretori delle ghiandole, alterazione dell'epitelio ecc.) esercita un nuovo potere di attrazione verso lo jodo, come ha dimostrato Truffi (4); una donna operata di asportazione della mammella per cancro presentava una dermatite eczematosa da jodo, localizzata ad un solo dei lembi cutanei con netta delimitazione alla linea d'incisione, indubbiamente per le cattive condizioni di nutrizione del lembo fortemente stirato.

Le piccole dosi avrebbero il vantaggio che per quanto richiamate ed accumulate nelle zone infiammate, per il fatto di essere appunto in quantità piccolissime, non sarebbero capaci di produrre effetti dannosi; mentre la loro presenza eserciterebbe un'azione benefica, sia direttamente sui germi patogeni, sia modificando il terreno cellulare in modo da renderlo inadatto allo attecchimento ed allo sviluppo di essi.

Infine bisogna tener conto ancora dell'azione dello jodo sugli organi linfoidi. Esso avrebbe anche, secondo Labbé e Lortat-Jacob, la proprietà di eccitare l'attività dei tessuti linfoidi. Dopo somministrazione di jodo i gangli linfatici ed i tessuti della milza entrano in istato di accresciuta attività rigenerativa (Marfori).

Concludendo si può affermare che piccole dosi di jodo riescono particolarmente utili per la profilassi e cura della corizza.

L'azione è tanto più efficace quanto più precocemente venga somministrato lo jodo.

Quando la corizza è nettamente dichiarata è difficile che lo jodo la faccia rapidamente regredire, tuttavia esso imprime alla malattia un decorso più mite.

RIASSUNTO.

L'A. segnala l'efficacia dell'jodo nella profilassi e terapia della corizza. Riferisce sui benefici effetti ottenuti dalla somministrazione dell'jodo a piccole dosi e rileva che l'efficacia è in rapporto diretto alla precocità di somministrazione. Quando la corizza è nettamente dichiarata l'jodo imprime alla malattia un decorso più mite.

---

(2) BIER AUGUST. *Wie sollen Wir uns zu der Homöopathie stellen?* Münch. Mediz. Woch., 1925, n. 18-19.

(3) MARFORI P. *Trattato di Farmacologia e Terapia.*

(4) TRUFFI M. *Le moderne vedute sulla patogenesi e terapia dell'eczema.* La Riforma Medica, 1930, n. 23.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALI CIVILI DI GENOVA
SEZIONE CHIRURGICA - Pad. IX
diretto dal prim. prof. L. DURANTE.

Su un caso di granuloma tubercolare a tipo pseudo-neoplastico delle pareti muscolari dell'addome (*).

Dott. GIOVANNI PRUSSIA, ass. v.

La relativa rarità della localizzazione del bacillo di Koch nel sistema muscolare liscio e striato è stata spiegata con ricerche biochimiche e sperimentali non sempre concordi.

La primitiva concezione del Tria, che l'attecchimento del bacillo della tubercolosi fosse inibito nel muscolo dalla presenza dell'acido lattico che si forma per effetto della fatica, contrasta col fatto che i germi seminati in culture addizionate con acido lattico (nella proporzione che si può trovare nel tessuto muscolare e anche maggiore) non vengono ostacolati nel loro sviluppo e neppure diminuiti nella loro virulenza.

Richet aveva pensato che il muscolo fosse sede di sostanze speciali antitubercolari in considerazione che facendo ingerire a cani, infetti sperimentalmente di tubercolosi, quantità notevoli di succo muscolare, gli animali diventano per lo più refrattari allo sviluppo della malattia; pare però che questa azione si debba attribuire alle sostanze nutritizie, che vengono somministrate col succo muscolare e che migliorano le condizioni generali e rendono più difficile l'attecchimento dei bacilli.

Si è pensato ancora di attribuire questa refrattarietà alla vascolarizzazione enorme dell'apparato muscolare, all'azione litica legata a sostanze termo-labili contenute nel muscolo, ecc.

Recentemente da qualcuno (Culotta) è stata prospettata l'ipotesi che la ragione della rarità di localizzazione del bacillo tubercolare nel muscolo sia da riporre nella scarsità dell'apparato reticolo-endoteliale del muscolo stesso.

Effettivamente nel tessuto muscolare sia liscio che striato si trovano scarsissimi elementi cellulari appartenenti a questo apparato. Si è perciò pensato che siccome la fissazione del bacillo tubercolare in un punto determinato dell'organismo è sopratutto legata alla reazione istiogena di difesa che in certo qual modo arresta il germe proveniente dal sangue o dall'esterno, la mancanza di cellule istiocitarie nel tessuto muscolare permettesse il passaggio del germe, che non potrebbe in nessun modo essere trattenuto dagli scarsi elementi connettivali interposti fra le fibre muscolari.

A conferma indiretta di questa affermazione sta l'osservazione che gli organi più spesso colpiti dall'infezione tubercolare sono quelli che posseggono maggiore quantità di cellule reticolo-istiocitarie (cute-ghiandole linfatiche-polmoni-fegato-milza).

D'altro lato Costantini ha osservato negli animali inoculati con bacilli di Koch per via endomuscolare che essi sopravvivevano assai meno di altri iniettati per via peritoneale.

Cagnetto ha ottenuto la formazione di tubercoli iniettando bacilli tubercolari nei muscoli di conigli affetti da trichina. In questo caso il numero era tanto maggiore quanto più numerose erano le trichine presenti nel muscolo. Siccome la trichina determina una cronica irritazione con proliferazione intensa degli scarsi elementi istiocitarii presenti nel muscolo, è da pensare che il bacillo tubercolare, che nei muscoli sani passa senza essere fissato sia in questi casi trattenuto da questi focolai di reazione istiocitaria preesistente.

Il muscolo quindi sarebbe poco colpito dall'infezione tubercolare non per una maggiore attitudine difensiva dovuta o alla presenza di acido lattico che offra un terreno poco propizio allo sviluppo del germe o perchè contenga sostanze ad azione batteriolitica, ma perchè è quasi totalmente privo di elementi cellulare atti a fissare il germe patogeno.

Ulteriori ricerche dovranno dire se questa impostazione del problema, che in linea teorica non contrasta colle nostre odierne cognizioni, abbia consistenza di fatto.

Per quanto riguarda l'anatomia patologica, la tubercolosi muscolare primitiva, intesa come localizzazione da trasporto embolico per via ematica da altre localizzazioni, che clinicamente possono anche non essere constatabili, è stata divisa da Durante in tre forme e da altri AA. in quattro, che hanno più che altro un valore teorico, per il fatto che queste diverse forme non rappresentano che stadi più o meno avanzati dello stesso processo infiammatorio.

Nella classificazione del Durante la prima forma è la *tubercolosi nodulare.* In questa le

(*) I preparati istologici sono stati eseguiti e studiati nell'Istituto di Patologia generale della R. Università.

lesioni allo stato avanzato si mostrano sotto l'aspetto d'un nodulo a centro caseoso, opaco, più o meno voluminoso. Può rammollire e dare origine a un ascesso freddo, le cui pareti spesso fungose sulla superficie interna o al contrario fibrose si confondono progressivamente col tessuto muscolare circostante.

Nella *miosite infiammatoria tubercolare* il processo infiammatorio è caratterizzato dalla assenza di cellule giganti e dalla presenza di piccole cellule rotonde nel tessuto connettivo. Macroscopicamente si presenta sotto l'aspetto d'una tumefazione a centro rammollito, fungoso in rapporto diretto col muscolo o separato da una sottile parete. La natura dell'infiammazione si può riconoscere solo colla ricerca dei bacilli e con l'inoculazione sperimentale.

Nella *miosite sclerosa o cirrosi t.b.c.* l'infiammazione determina una sclerosi diffusa con scomparsa delle fibre muscolari. In questo tessuto di sclerosi si riscontrano dei nodi infiammatori e dei tubercoli tipici che delle volte possono mancare o essere molto rari.

Sulla base delle statistiche riportate da Formiggini e da Culotta e dei pochi casi pubblicati nella letteratura di questi ultimi anni, si nota che le forme più frequenti sono l'ascesso tubercolare e i noduli caseificati; meno i casi di granuloma t.b.c.

Uno di questi è occorso alla mia osservazione.

S. Ida, a. 52, casalinga. Nulla che possa fare sospettare ereditarietà tubercolare.

La p. ebbe allattamento materno; crescita e sviluppo normali. A 12 anni fu affetta da paresi facciale destra di probabile origine reumatica, che scomparve in una quindicina di giorni; tre anni più tardi contrasse il tifo addominale. Le mestruazioni, iniziate a 15 anni, si mantennero sempre normali fino a 39 anni, epoca in cui si iniziò la menopausa. Ebbe 4 gravidanze regolarmente condotte a termine. Tre figli sono viventi e sani; uno è morto a 2 anni per un fatto polmonare acuto.

La p. è stata sempre bene fino all'inizio della presente malattia. Ai primi di aprile 1930, senza nessuna causa apparente, non avendo subìto traumi, cominciò ad accusare una sensazione di dolore al quadrante addominale inferiore di sinistra e avvertì che in quella regione si andava sviluppando un nodulo. Il dolore, che non fu mai così forte da costringere al letto la p., le durò per un mese di continuo. In seguito ebbe alternative di benessere e di sensazioni fastidiose più che dolorose, che duravano solo pochi giorni con lunghi intervalli di remissioni, mentre il tumoretto cresceva progressivamente. Più tardi comparì miastenia e un leggero dimagrimento. Un sanitario le consigliò il ricovero in ospedale.

Esame obbiettivo. — Tipo microsplancnico-ipovegetativo. Sistema scheletrico normale; pannicolo adiposo assente e masse muscolari ipotoniche e ipotrofiche; cute pallida ed elastica; mucose visibili poco irrorate. Apparato linfo-ghiandolare integro. Apirettica.

Nulla all'*apparato circolatorio e respiratorio.*

Apparato digerente. — Esiste stipsi cronica probabilmente atonica; le feci contengono filamenti di muco; sangue assente.

Urina. — Non contiene elementi patologici.

Sangue. — Glob. rossi 3.200.000; bianchi 6.200.

Formula leucocitaria: neutr. 47; eos. 1; bas. 0; linf. 41; monociti 8; forme di passaggio 3.

Cutireazione alla tubercolina: leggermente positiva.

Reazione di Wassermann: negativa.

Esame locale. — La regione lombo-iliaca di sinistra si presenta più sporgente della omologa per una tumefazione a limiti non precisi che ha il massimo di evidenza a due dita trasverse al davanti della cresta iliaca anteriore e superiore. La cute non presenta alcuna anormalità di nutrizione, di colorazione e nello sviluppo del reticolo venoso. La palpazione dimostra che la cute è libera e non edematosa; che la tumefazione, di contorni male apprezzabili, di resistenza fibrosa, ha la forma e la grandezza di una grossa arancia con superficie liscia, con decorso leggermente dall'esterno e dall'alto al basso e all'avanti. La spostabilità è quasi nulla nel senso verticale, un po' maggiore invece nel senso trasversale; nelle contrazioni delle pareti addominali questa modica spostabilità scompare, mentre la bozza si fa leggermente più evidente. La dolorabilità della tumefazione è minima e la pressione sulle ultime costole e sull'ileo, a cui del resto la massa non aderisce, non provoca alcuna sensazione molesta.

Intervento (Prof. Durante: 18-10-1930). — Anestesia morfio-eterea. Con incisione lombo-iliaca sinistra, incisa la fascia dell'obliquo esterno, si trova nello spessore dei muscoli grande, piccolo, obliquo e trasverso, saldate da aderenze infiammatorie, una massa granulomatosa mal delimitata, da cui partono delle propaggini connettive verso l'alto. Isolamento del peritoneo della massa tumorale, che viene asportata con frammenti muscolari. Ricostruzione delle pareti residue a strati, lasciando un drenaggio tubulare, che viene tolto il secondo giorno. Guarigione per prima.

Il 10-II-1930 la paziente lascia l'ospedale guarita.

Esame macroscopico. — La superficie di sezione della tumefazione, più grossa di un pugno, presenta un colore uniforme grigio-roseo, all'esterno essa si continua nei muscoli che hanno una tinta sbiadita. Non sono percettibili in nessuna zona fatti di necrosi o di caseificazione.

Vennero prelevati vari pezzi al centro e alla periferia e le sezioni furono colorate con ematossilina-eosina, col Van Gieson e collo Ziehl.

Esame microscopico. — Il tessuto è formato nella sua parte maggiore da cellule linfocitoidi e da cellule epitelioidi grandi, a margini irregolari con protoplasma finemente granuloso, nucleo bene delimitato, di varia forma, chiaro e vescicoloso per la presenza di scarsi filamenti cromatinici. Sono presenti in scarso numero cellule giganti tipo Langhans. Fra questi elementi si trovano alcune plasmazellen, bene evidenti per la basofilia del protoplasma per la posizione eccentrica del nucleo contenente delle masserelle addossate alla membrana e un nucleolo centrale, e non rari eosinofili con nucleo mono-, bi- o trilobato.

La circolazione è rappresentata da capillari di neoformazione e da vasi più grossi a pareti ispes-

site e sclerotiche con lume libero o trombizzato; in qualcuno è dato vedere accanto a cellule dell'intima normali, altre che hanno subito un ingrossamento e fanno sporgenza nel lume, assumendo l'aspetto epitelioide.

La presenza del connettivo non è uniforme in tutti i campi; completamente assente in alcuni, in altri è rappresentato da larghi fasci di tessuto che non ha ancora assunto l'aspetto fibrillare ed è ricco di fibroblasti.

Alla periferia il processo infiammatorio si fa strada lungo i setti connettivali e nell'interstizio fra le fibre muscolari che presentano le comuni doti degenerative (scomparsa della striatura trasversale, atrofia, deposito di grasso) con proliferazione dei nuclei del sarcolemma.

La ricerca del bacillo di Koch nelle sezioni è riuscita negativa.

Per quanto non siano state eseguite inoculazioni e fatte colture, le caratteristiche dell'esame istologico permettono senza dubbio di formulare la diagnosi di granuloma tubercolare.

Anche nelle pareti muscolari dell'addome, dunque, come in altre sedi muscolari, bisogna tenere presente la possibilità di localizzazione di processi tubercolari che, poichè crescono per lungo tempo senza che avvenga alcuna colliquazione, possono anche essere scambiati con processi neoplastici.

RIASSUNTO.

L'A., riferite le teorie e le ricerche eseguite per spiegare la rarità della localizzazione muscolare del bacillo di Koch, descrive dal lato clinico e dal lato istologico un caso di granuloma tubercolare dei muscoli della parete addominale simulante un processo neoplastico.

BIBLIOGRAFIA.

ALESSANDRI. *Miosite tbc. del piccolo obliquo e del trasverso*. Acc. di Med., Roma, 22 maggio 1904.
BIANCHETTI. *Tubercolosi dei muscoli striati*. Policlinico, Sez. Chir., maggio 1926.
BOBBIO. *Contr. allo studio della tbc. dei muscoli striati*. Ibid., pag. 114, 1909.
CAGNETTO. *Tbc. muscolare ematogena e trichinosi*. Atti Soc. Med.-Chir. di Padova, genn. 1925.
CORRADINO G. *Contr. allo studio della tbc. muscolare ematogena*. Policlinico, Sez. Prat., 8 aprile 1928.
COSTANTINI G. *Sulla tbc. sperimentale dei muscoli*. Annali dell'Istit. Maragliano, vol. V.
CULOTTA A. *La tbc. muscolare*. Riv. di Pat. e Clin. della tubercolosi, 31 genn. 1929.
DURANTE. In CORNIL-RANVIER: *Manuel d'Histol. Path.* Alcan F., Paris.
FORMIGGINI. *La tbc. dei muscoli striati*. Clin. Chirurgica, n. 5, 31 maggio 1911.
RICHET. Journ. de Phis. et Path. Génér., dicembre 1927.
ROSSI e FIASCHI. *Tbc. primit. del musc. pettorale*. Soc. Med.-Chir. della Romagna, febbr. 1928.
TRIA. Riportato da FORMIGGINI.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE S. MARIA DELLA SCALETTA - IMOLA.

Sulla febbre esantematica mediterranea.

Dott. prof. SILVIO CORINALDESI,
Direttore e medico primario.

Da circa un ventennio in località diverse della Francia e dell'Italia ma più frequentemente nel bacino del Mediterraneo, si vanno osservando diverse affezioni febbrili per lo più di breve durata, accompagnate da un esantema diffuso a quasi tutta la superficie cutanea, costituito da elementi che vanno dalla roseola tifo-simile alla papula-pustola a decorso spesso notevolmente grave ma a prognosi benigna nella grande maggioranza dei casi.

Tali forme febbrili insorgono di solito nella stagione estiva per lo più sporadicamente e sono caratterizzate sopratutto da una assoluta assenza di contagiosità.

In alcuni paesi furono oggetto di accurate indagini, prestandosi con facilità a confusione con il tifo esantematico; ma per l'andamento assai mite e specialmente per il modo dell'insorgenza, per i caratteri dell'elevazione termica ed ancor più per la peculiare caratteristica delle manifestazioni dermiche, risultò più chiara la distinzione nosografica e tali forme morbose furono differentemente nominate a seconda dell'osservatore e a seconda della località dove si riscontrarono.

Nel 1897 il Brill descrisse una forma detta poi « malattia di Brill » che si manifesta nella stagione calda in individui al disopra del 1° decennio che si differenzia dal dermotifo per la sua grande benignità, per la nessuna contagiosità, per l'abituale assenza di pidocchi dal Paz. e per il breve decorso.

Nell'ottobre del 1910 Conor e Bruch descrivevano alcuni casi di una malattia estiva osservata in Tunisia che per vari caratteri si differenziava dal tifo esantematico endemico in quelle regioni e dal morbillo: si iniziava con brivido di freddo, febbre elevata e quasi contemporaneamente con una speciale eruzione diffondentesi per tutto il corpo compreso il palmo delle mani e la pianta dei piedi che durava una quindicina di giorni ed aveva un decorso benigno. Tale affezione fu da essi chiamata « *febbre a bottoni di Tunisi* » o « *fièvre boutonneuse* ».

Successivamente in Italia Bignami pubblicava nel 1911, 4 casi di « *eritema essudativo grave* » nei quali dopo un periodo prodromico di una settimana, si aveva febbre remittente

accompagnata da cefalea, da dolori muscolari e da un'eruzione cutanea su gli arti e sul tronco coi caratteri dell'eritema essudativo polimorfo. La durata della malattia era di 4 settimane, e sebbene a decorso grave, con esito a guarigione.

Casi isolati, riferibili alla sindrome morbosa in discussione furono descritti in seguito da Serafini in Romania, da Gabbi a Tripoli, finchè nel 1920 il Carducci richiamava l'attenzione degli studiosi « *su di una speciale forma di febbre eruttiva* » pubblicando un interessante studio clinico basato su 15 casi osservati nel territorio romano nel periodo 1910-1919; egli metteva in evidenza notevoli caratteri differenziali che la distinguevano da altre forme somiglianti e principalmente dal sifiloderma papulo-nodulare e dal tifo esantematico e confermava infine la prognosi favorevole dell'affezione in quanto in tutti i 15 casi da lui osservati si ebbe guarigione completa in 15-18 giorni.

Ai casi di Carducci altri pochi se ne vennero ad aggiungere osservati nell'Italia Centrale (Falcioni-Cesari-Filippella).

Finalmente dal 1924 in poi per opera di vari AA. francesi e sopratutto di Olmer e dei suoi collaboratori, sono stati messi in evidenza numerosi casi di questa speciale malattia esantematica a Marsiglia, nel territorio circostante e in tutta la bassa Provenza; numerose furono le discussioni sulla classificazione di questa affezione che alcuni osservatori (Netter, Pecori, ecc.) volevano riportare al tifo esantematico benigno o morbo di Brill, mentre altri invece negavano la esistenza di qualsiasi legame etiologico fra le due forme morbose. Oggi però è quasi unanimemente ammesso che la malattia di Olmer o *febbre di Marsiglia* altro non sia che la « *fièvre boutonneuse* » di Tunisia e non abbia nulla di comune col tifo petecchiale.

Invece nel 1929 il Pecori riferiva su di un centinaio di casi osservati ancora in territorio romano che egli identificava con la malattia di Brill e che presentavano una reazione di Weil-Felix tanto da farli definire un « dermotifo estivo non diffusibile ».

Nuovi casi di affezione esantematica febbrile sono stati poi illustrati recentemente in Cirenaica e in varie parti dell'Italia, a Treviso da Rubinato, a Genova da Berri, in Sicilia da Gulino, Previtera e Cannavò.

La *febbre eruttiva* o *febbre esantematica mediterranea* compare per lo più nella stagione estiva, in genere col manifestarsi dei primi calori (maggio-giugno), aumenta di frequenza in luglio, agosto e settembre, poi declina rapidamente per quasi scomparire in ottobre. Essa sarebbe endemica nell'Africa del Nord, nell'Italia centro-meridionale, nella Provenza.

La sua etiologia è tuttora ignota, ma le più recenti ricerche di vari AA. sembrano aver messo oramai fuori discussione ogni nesso etiologico col tifo petecchiale; anzi fondandosi su tale asserzione recentemente vari AA. hanno tentato l'inoculazione della febbre esantematica in malati mentali, allo scopo di determinare una piretoterapia più innocua di quella malarica. L'agente trasmettitore non è il pidocchio; pare accertato che si tratti della comune zecca del cane (*Ixodes ricinus*) e che quindi il cane rappresenti l'ospite intermedio e il mezzo più abituale di diffusione della malattia.

Il decorso e la sintomatologia sono caratteristici: La malattia si inizia bruscamente con un violento brivido, cui segue elevazione termica che spesso raggiunge i 40°. La febbre assume un andamento continuo, remittente con modiche remissioni mattutine, si hanno ben presto artralgie e mialgie; spesso si ha tonsillite, talvolta diarrea e vomito alimentare o biliare. Al 3°-5° giorno di malattia compare l'esantema che costituisce il sintomo fondamentale e più caratteristico dell'affezione: l'eruzione si inizia per lo più alle coscie e all'addome ma rapidamente invade quasi tutta la superficie cutanea, comprese le palme delle mani e le piante dei piedi e si diffonde anche alla faccia ove si mantiene discreta mentre è fitta sugli arti. L'elemento morfologico dell'eruzione è un quid intermedio tra la macula e la papula lievemente sopraelevato sulla superficie cutanea, di tinta rosa o rossa feccia di vino non è confluente, non pruriginoso, non è mai sede di fenomeni emorragici, è isolato da tratti di cute integra, impallidisce ma non scompare totalmente alla pressione.

A volte si nota enantema ed una lieve iperemia congiuntivale; talora si osserva alla faccia specialmente una piccola escara brunastra della grandezza variabile da una testa di spillo a una piccola lente e costituirebbe secondo alcuni la porta di ingresso del virus specifico.

Lo stato dell'infermo rimane pressochè stazionario per 10-15 e talora anche per 20 giorni, dopo di che si ha lo sfebbramento per rapida lisi, i dolori muscolari ed articolari si dileguano, gli elementi eruttivi cutanei impallidiscono e scompaiono lentamente senza desquamazione: la convalescenza è breve e le condizioni generali migliorano rapidamente. Non si rilevano speciali alterazioni a carico de-

gli organi interni; la milza rimane per lo più nei limiti normali o tutt'al più si presenta talora modicamente tumefatta. Il sistema nervoso dà spesso segni di sofferenza con cefalea, irrequietezza, insonnia ed anche delirio febbrile. Per la benignità della malattia ed il numero piuttosto ristretto dei casi finora studiati, non si hanno reperti d'autopsia e l'anatomia patologica dell'affezione è quasi ignorata.

La prognosi è buona ed in tutti i casi finora descritti si è avuta completa guarigione.

Per la diagnosi differenziale vanno sopratutto posti in discussione la *dengue* e il *tifo esantematico*.

La confusione con la *dengue* è impossibile: nella febbre esantematica i deliri sono meno violenti, l'insorgenza è meno brusca, manca il rash premonitore, l'eruzione ha caratteri diversi. La *dengue* è inoltre contagiosa, mentre la febbre es. non lo è affatto.

Riguardo al *tifo petecchiale*, l'assenza dello stato intensamente stuporoso e la benignità della forma morbosa non sono certamente dati in favore di un tifo esantematico sia pure attenuato ma sempre eminentemente contagioso.

Esistono indubbiamente delle forme anormali e attenuate di tifo petecchiale come il Typhus levissimus di Hildebrand, nel quale può anche mancare l'eruzione, non infrequente nei bambini e con reazione di Weil-Felix negativa, ma la comparsa estiva della febbre es. med. in qualsiasi ambiente ricco o povero, pulito o sporco, in soggetti non infestati da pidocchi, l'assenza di contagio non depongono certamente per un dermotifo.

Nè è da confondersi con la *malattia di Brill* che pareva differenziarsi dal tifo esantematico perchè compare nella stagione calda, è molto benigna non contagiosa e si manifesta in assoluta assenza di pidocchi sui malati. Oramai per ricerche sperimentali fatte, non resta alcun dubbio che la malattia di Brill altro non sia che un dermotifo attenuato. Anche la positività della reazione di Weil-Felix nel morbo di Brill, non fa che confermare l'identità oramai ammessa da tutti fra malattia di Brill e tifo petecchiale.

Pare invece che affine alla febbre es. sia la *febbre fluviale del Giappone* che colpisce quasi esclusivamente i contadini che vanno a piedi nudi ed è trasmessa da un acaro del gruppo Trombidium le cui larve vivono nelle acque stagnanti lungo il corso dei fiumi: si ha una piccola lesione di continuo nel posto ove avvenne la puntura (ordinariamente ai piedi o alle gambe) e dopo 4-12 giorni di incubazione, brusca elevazione termica accompagnata da prostrazione e delirio: l'eruzione avviene al 6° giorno e si estende rapidamente a tutta la superficie cutanea. Il tasso di mortalità, al contrario della febbre es. medit., è assai elevato (40-60 %).

È da ricordare inoltre la *febbre esantematica delle Montagne Rocciose* malattia endemica dell'America del Nord che dà una mortalità assai elevata, trasmessa da una zecca e che appare nei mesi caldi dell'anno: si ha brusca elevazione termica preceduta da intenso brivido e al 3°-4° giorno di malattia, un'eruzione cutanea che si inizia ai polsi e alle caviglie e si estende rapidamente a tutta la superficie cutanea; il decorso è di 2-3 settimane.

Orbene in tutte queste forme di febbri esantematiche estive, la reazione di Weil-Felix è il più delle volte negativa e l'inoculazione nelle scimmie non conferisce immunità verso il dermotifo sperimentale e viceversa.

Perciò di tutte le forme recentemente segnalate in Italia, solo i casi che il Pecori ha considerato come portatori di una malattia di Brill, dovrebbero rientrare nell'orbita delle forme di tifo esantematico attenuato.

Ho avuto occasione recentemente di poter osservare in poco tempo 2 casi di febbre esantematica mediterranea; l'intento che mi spinge a renderli noti è dovuto sopratutto ad un criterio di nosografia regionale, non risultandomi ancora pubblicati o comunque comunicati casi di tale affezione nella regione Emiliana. Eppertanto intendo richiamare nuovamente l'attenzione su questa forma morbosa endemica in paesi vicini al nostro e segnalata anche in varie parti d'Italia: la sua indicazione casistica sfugge ancora ai medici pratici onde l'accurata pubblicazione di casi sempre più frequenti potrà servire a richiamare maggiormente l'attenzione dei colleghi diffondendone la conoscenza e facilitandone la diagnosi clinica.

Caso I — La sera del 23 settembre 1930 venni chiamato in consulto da un collega per visitare una malata degente a letto da circa 5 giorni. Si trattava di una donna certa Amelia G. d'anni 47 nata a Firenze, nubile, di professione cuoca.

Nulla di notevole nell'anamnesi famigliare e nei precedenti personali. Ha sofferto le comuni malattie esantematiche dell'infanzia ed in seguito ha goduto per lo più buona salute. Mestruata a 13 anni, ha avuto sempre mestruazioni regolari, entrando in menopausa a 44 anni. Nella sua gioventù ha viaggiato molto ed è stata per vari anni in servizio presso famiglie signorili in Tunisia; da 3 anni è in servizio come cuoca presso una famiglia residente a Parigi.

Ha condotto vita sessuale piuttosto strapazzata ed irregolare, ma nega qualsiasi affezione venerea. È in Italia da circa una ventina di giorni, al seguito dei suoi padroni villeggianti presso alcuni parenti in una campagna nelle vicinanze di Castel S. Pietro dell'Emilia.

Prima di venire in Italia era stata due giorni a Marsiglia; il viaggio si era compiuto ottimamente senza alcun inconveniente. Arrivata a destinazione stette bene fino alla sera del 18 settembre allorchè fu colta in pieno benessere da forti brividi di freddo seguiti da senso di calore, cefalea, prostrazione generale, dolori alle ossa specialmente agli arti inferiori. Il giorno 21 settembre e cioè tre giorni dopo l'attacco febbrile, apparvero sul ventre e sul dorso delle piccole macchie rosse che all'indomani erano più numerose e diffuse a tutto il corpo, un po' meno visibili alla faccia. Persistendo la febbre alta e le condizioni generali piuttosto gravi, di fronte a tale sintomatologia strana e nuova per il medico curante, fui chiamato a consulto.

All'esame obiettivo rilevai: costituzione scheletrica regolare, pannicolo adiposo abbondante, apparato linfoglandolare normale, febbre a 39°,5; polso ritmico, regolare con 110 al m'. La pelle si presenta disseminata di papule numerose specialmente sull'addome, sul dorso e sugli avambracci, più evidenti nelle regioni radiali ed un po' meno intensamente sulle palme delle mani e sulle piante dei piedi; qualcuna se ne rileva anche al volto. Queste papule di forma rotondeggiante od ovalare e della grandezza variabile da quella di una lenticchia a quella di un centesimo, sono un po' sporgenti di color rosso-scuro, non hanno tendenza a confluire e non scompaiono del tutto alla pressione.

Nulla di notevole si rileva a carico dei vari apparati sistematicamente esaminati; la milza nei limiti normali. L'esame delle urine fa rilevare soltanto la presenza di traccie di albumina.

Di fronte a tale sintomatologia rimasi un po' perplesso e pensai se non mi trovassi di fronte ad un caso di febbre esantematica mediterranea anche tenendo presente la provenienza della malata (Marsiglia), ma il fatto dei vari rapporti sessuali avuti irregolarmente e con individui differenti non mi potè senz'altro fare escludere l'infezione luetica. Eppertanto mi riservai di praticare la reazione Wassermann che fu completamente negativa come pure la reazione di Meinicke; anche tutti gli altri esami sierologici e culturali per il tifo, paratifo, melitense, ecc., risultarono negativi.

Ritenni quindi potersi trattare di un caso di febbre esantematica mediterranea a prognosi buona. E difatti la febbre si mantenne ancora per pochi giorni e cadde per lisi al 12° giorno; l'esantema scomparve gradatamente in circa 10 giorni senza dare mai luogo a prurito, nè a desquamazione. La convalescenza fu breve; soltanto permase un certo grado di astenia generale e di inappetenza, fatti però che da informazioni successive avute, durarono pochi giorni.

CASO II. — Un secondo caso interessante si è presentato recentemente alla mia osservazione e fu potuto seguire più lungamente e studiare dettagliatamente.

T. Carlo, d'anni 40, celibe, agente di campagna da Imola.

Nulla di notevole nei suoi precedenti ereditari e famigliari. Soffrì di morbillo nell'infanzia e tre volte di polmonite nella giovinezza. Ha compiuto il servizio militare anche durante la guerra nell'arma di artiglieria ed è sempre stato bene, tranne una trentina di giorni per una forma di febbre d'origine intestinale. Mangiatore e bevitore discreto; piuttosto forte fumatore specialmente durante il lungo servizio militare (fino a 12 sigari toscani al giorno), nega qualsiasi affezione venerea.

Ha condotto vita piuttosto strapazzata, esponendosi spesso alle intemperie e ai rigori di stagione senza curare troppo la propria salute, ma compiendo diversi viaggi sia di giorno che di notte guidando instancabilmente l'autocarro del suo principale.

La mattina del 3 aprile 1931 partì guidando l'autocarro per Firenze; durante il viaggio dovette fermarsi più volte per vari incidenti e soffrì non poco il freddo perchè attraversando l'Appennino tosco-emiliano nevicava e pioveva. Arrivò a destinazione piuttosto stanco e al mattino seguente ripartì con lo stesso veicolo giungendo a Imola in buone condizioni.

Verso la metà di aprile avvertì qualche disturbo gastrico per cui spontaneamente si purgò, come abitualmente, con solfato di sodio ed in seguito non ebbe altri disturbi.

La sera del 28 aprile cominciò, senza darsene ragione, ad avvertire dolori trafittivi agli arti inferiori specialmente lungo le tibie; il giorno seguente accusò, mentre era in giro in aperta campagna, notevole senso di debolezza alle gambe tanto da non poter sorreggersi in piedi; fu costretto fermarsi e poi dopo una mezz'ora con l'aiuto di un bastone potè pian pianino ritornare alla casa colonica e di là sul baroccino riprendere la via del ritorno al suo domicilio, mentre i dolori alle gambe si erano fatti più intensi e si erano diffusi anche alle regioni lombari, ai fianchi e alla nuca. Postosi subito a letto fu colpito da intenso brivido di freddo cui seguì notevole aumento di temperatura che non fu termometricamente controllata ma che, assicura il paz. essere stata molto elevata tanto da essere in preda tutta la notte a delirio continuo.

La mattina successiva il termometro segnava 38,9 e nel pomeriggio 39,3; contemporaneamente apparvero cefalea intensa a sede prevalentemente frontale e dolori vari diffusi a tutte le ossa e alle articolazioni specialmente dei polsi, delle mani e dei piedi. La mattina successiva e cioè del 1° maggio la febbre era a 39,1 mentre i dolori alle ossa e alle articolazioni si erano fatti ancor più intensi; nel pomeriggio dello stesso giorno comparve una eruzione cutanea non pruriginosa ai polsi e al basso ventre e dal medico curante riscontrata subito dopo alle natiche, alla schiena e agli arti inferiori. Fu praticato l'esame delle urine e riscontrata la presenza di traccie di albumina e all'esame microscopico qualche cilindro granuloso. Il 2 maggio la temperatura oscillò tra 39,1 e 39,6 e lo stato generale era peggiorato con irrequitezza ed insonnia mentre l'eruzione si era fatta più intensa e più diffusa. In tal giorno fu praticata l'emocultura che riuscì negativa.

In tale stato piuttosto grave permase, finchè la sera del 5 maggio fu da me visto in consulto e all'esame obiettivo rilevai: individuo robusto pletorico con collo taurino, di costituzione scheletrica regolare con masse muscolari toniche. Appa-

rato linfoglandolare normale; decubito preferito supino per i dolori provocati dai movimenti articolari che sono però possibili tanto attivi che passivi. Temperatura 39,4; polso 106; respiri 30.

La cute è sede di un esantema formato da elementi di grandezza varia da una capocchia di spillo ad un pisello a margini regolari ovalari o tondeggianti, leggermente rilevati separati fra loro da zone cutanee integre, di colorito rosso o rosso cianotico che impallidiscono sotto la pressione senza scomparire però completamente. L'esantema è disseminato sul tronco, all'addome, alle natiche, agli arti, al collo ed elementi eruttivi un po' meno fitti si notano anche nelle piante dei piedi e sulla palma delle mani. L'eruzione non è pruriginosa, nè dolorosa, nè si notano emorragie petecchiali. Il volto sembra risparmiato però è acceso e si nota intensa iperemia congiuntivale. Lingua patinosa, velopendolo e tonsille molto arrossate. Non macchie di Köplich nella mucosa orale.

L'esame degli organi interni non mette in evidenza alcun fatto patologico; la milza è nei limiti normali.

Esame del sangue: globuli rossi 4.350.000, globuli bianchi 5500, Hb = 90; *formula leucocitaria*: neutrofili 70 %, linfociti 21, mononucleati grandi e piccoli 5, eosinofili 2, mastzellen 0,5, forme di passaggio 1,5, tempo di emorragia capillare normale, tempo di coagulazione normale; retrattilità del coagulo normale, prova del laccio negativa. Reazione di Wassermann e di Meinicke negativa.

Sierodiagnosi per tifo, paratifi A e B, bacterium coli, melitense, Bang negativa.

Emocultura: negativa.

Non fu per mancanza di materiale, potuta praticare la reazione di Weil-Felix.

Negativa la ricerca di ectoparassiti, sia pidocchi che zecche sull'infermo e sugli abiti da lui indossati.

In base all'anamnesi, all'esame obiettivo e agli esami di laboratorio fu posta diagnosi di febbre esantematica mediterranea con prognosi favorevole; come cura consigliato un cardiotonico e qualche cartina di piramidone e caffeina.

Decorso. — Il giorno successivo e cioè del 6 maggio le condizioni permangono stazionarie, la temperatura è ancora elevata oscillante tra 39 e 39,6. L'infermo è più irrequieto, insonne con cefalea intensa e fotofobia; l'esantema è ancora più diffuso e qualche roseola si nota anche al viso. La maggior parte degli elementi eruttivi ha assunto un colore vinoso-violaceo che impallidiscono alla pressione senza però scomparire del tutto. La temperatura nei giorni seguenti si fece più bassa; il 7 maggio oscillò tra 38,2 e 38,5, finche cadde completamente per lisi il giorno 9 maggio e cioè lo sfebbramento completo si è avuto all'11° giorno di malattia. Il giorno precedente, senza cause evidenti, l'alvo si fece diarroico (7-8 scariche) con qualche dolore addominale; l'esame chimico e microscopico delle feci non fece rilevare sangue nè altri elementi patogeni. L'esantema incominciò intanto ad impallidire ad iniziata defervescenza febbrile, fino a scomparire completamente in circa una settimana senza provocare desquamazione cutanea e senza lasciare alcuna traccia di sè. L'alvo, dopo il breve episodio diarroico, tornò normale; nelle urine al cessare del periodo febbrile, scomparve completamente l'albuminuria. L'emocultura ripetuta in vari terreni, come pure la sierodiagnosi sempre negativa. La cefalea, le artralgie e le mialgie che durante i primi giorni di malattia erano causa di acuti dolori, diminuirono gradatamente di intensità e al 15° giorno di malattia erano completamente scomparse.

Per qualche giorno il paz. avvertì ancora senso di astenia profonda e debolezza agli arti inferiori, ma successivamente il miglioramento si fece più evidente, l'appetito buono, la forza ricomparve come prima della malattia e rivisto ai primi di giugno e cioè dopo un mese, il paz. è in ottime condizioni generali; l'esame obiettivo risulta normale e sulla superficie cutanea non rimane alcuna traccia della pregressa infezione.

I casi osservati danno luogo a brevi considerazioni: il primo non fu, per varie ragioni, potuto seguire e vedere con la stessa diligenza ed assiduità del secondo che fu ripetutamente osservato tutti i giorni durante il decorso.

Ad ogni modo sembra chiaro che ambedue i casi rientrino nel quadro della cosidetta « *febbre esantematica mediterranea* ».

In ambedue il modo d'insorgere violento della malattia, il decorso febbrile, l'assenza di tumefazione splenica, la costante negatività delle varie ricerche di laboratorio facevano facilmente scartare l'ipotesi di un esantema quale qualche volta può presentarsi durante il decorso di un'infezione eberthiana o melitense, di una sepsi ecc.; come pure la costante negatività delle reazioni di Wassermann e di Meinicke, facevano escludere l'infezione luetica.

D'altra parte poteva ventilarsi l'ipotesi di un eventuale tifo petecchiale in forma benigna e attenuata (morbo di Brill) quale si osserva all'infuori dei periodi epidemici in regioni in cui è endemico (Messico-Indocina); contro tale ipotesi, a prescindere dal criterio epidemiologico dato che da noi non v'è endemia di tifo petecchiale, stavano la mancanza assoluta del carattere emorragico dell'esantema e la nessuna contagiosità dei casi osservati che rimasero puramente episodici e non furono apparentemente legati a contagio di altri casi precedenti, nè a loro volta furono fonte di contagio per alcuno, tantochè ambedue i malati furono curati e lasciati a domicilio a contatto con i loro famigliari senza inconvenienti di sorta.

Non sembra quindi dubbio che questi casi osservati per la prima volta nella zona Emiliana-Romagnola vadano ascritti a questa particolare forma di febbre esantematica ancora poco conosciuta ma le cui osservazioni si vanno moltiplicando anche in Italia e che pertanto deve essere tenuta presente nella diagnosi differenziale di malattie acute febbrili dell'adulto decorrenti con eruzione esantematica.

RIASSUNTO.

L'A. espone dettagliatamente il quadro nosologico della febbre esantematica mediterranea e ne descrive due casi osservati per la prima volta nella regione Emiliana, richiamando l'attenzione dei colleghi su questa particolare forma morbosa tuttora poco conosciuta e sulla diagnosi differenziale con altre malattie acute febbrili esantematiche dell'adulto.

BIBLIOGRAFIA.

BIGNAMI. Rivista Ospedaliera, 1911.
CARDUCCI. Ibid., 1920.
FILIPPELLA. Policlinico, Sez. Pratica, 1923.
PECORI, Annali d'Igiene, 1929.
RUBINATO. Policl., Sez. Medica, 1930.
MEDULLA. Riforma Medica, 1930.
BERRI. Minerva Medica, 1931.
CANNAVÒ. Riforma Medica, 1931.

TECNICA DI LABORATORIO.

Istituto d'Igiene della R. Università di Torino
diretto dal prof. A. MAGGIORA-VERGANO.

Metodo semplificato per l'isolamento dei germi anaerobi.

DOTT. GIOVANNI MAROCCO

Uno dei procedimenti più semplici per l'isolamento dei germi anaerobi è quello che consiste nel coltivare i germi stessi in uno strato di agar alto 15-18 cm. in un tubo da saggio lungo circa 20 cm. Le colonie sviluppate vengono prelevate con l'aspirazione a mezzo di una lunga pipetta molto affilata. Tale operazione presenta in generale una grande difficoltà, perchè la pipetta per raggiungere la colonia deve attraversare uno spesso strato di agar che facilmente ottura la pipetta stessa rendendo difficile il prelievo; inoltre è facile l'inquinamento, perchè la pipetta, nel lungo percorso attraverso l'agar, può toccare altre colonie talora invisibili.

Per ovviare a tali inconvenienti ho pensato di ricorrere ad un particolare sistema che permette di estrarre dal tubo l'agar in maniera da mettere allo scoperto le colonie sviluppate e da poterle prelevare con facilità e senza pericolo di inquinamenti. A tale scopo introduco in un tubo da saggio lungo 20 cm. e del diametro interno di 20 mm. un secondo tubo da saggio lungo 15 cm. e del diametro interno di 16 mm. circa, diviso longitudinalmente in due parti uguali, in modo da essere formato da due semitubi appoggianti per tutta la loro lunghezza su una lamina di vetro lunga 15 cm. e larga 17 mm. frapposta tra di essi e di forma corrispondente alla sezione del tubo interno.

Pertanto lo spazio di questo secondo tubo è diviso in due lunghi spazi o cellette a sezione semicircolare. I due semitubi e la lamina divisoria sono tenuti insieme da due pezzi di spago sottile, uno in basso ed uno in alto; quest'ultimo ha un capo libero che serve per la estrazione del tubo interno. Il tubo grande è chiuso dal solito tappo di cotone.

Volendo ottenere l'isolamento dei germi anaerobi si procede nel seguente modo: nel tubo grande contenente il secondo tubo, ambedue sterilizzati in autoclave, si versa agar (comune, o al glucosio o al fegato di vitello ecc.) che riempie completamente il tubo e quindi anche le due cellette del tubo interno. Lo strato di agar dovrà essere alto circa 17 cm.

Si tiene il tubo a bagno maria bollente per un quarto d'ora, quindi si raffredda a 40° C.; si fa la semina portando il materiale in esame con una lunga pipetta sterile molto affilata nell'agar contenuto nelle due cellette interne mescolando accuratamente per ripartirlo nella

massa dell'agar; poscia si fa ancora subire all'agar un leggero movimento rotolando il tubo stesso tra le mani. Infine si immerge il tubo nell'acqua fredda; quindi si porta in termostato.

Quando si vuol prelevare le colonie sviluppate si estrae il tubo interno afferrando con una pinza sterile o con un ferro ricurvo lo spago superiore ed esercitando una dolce e continua trazione. Si porta tale tubo in una scatola di Petri sterile e con forbicine pure sterili si tagliano i due pezzi di spago. In tal modo l'agar delle due cellette interne è messo in libertà e lascia allo scoperto le colonie che potranno essere facilmente prelevate con una pipetta affilata o col filo di platino per il trapianto in terreni adatti a scopo di ulteriori ricerche. Il metodo è molto semplice e rende assai facile l'isolamento dei germi anaerobi.

***

Ringrazio il prof. A. Maggiora-Vergano per l'ospitalità concessami nel suo Istituto.

RIASSUNTO.

L'A. raccomanda un suo metodo che semplifica il procedimento per l'isolamento dei germi anaerobi.

RIVENDICAZIONI.

Per la storia delle ossificazioni post-traumatiche della regione laterale interna del ginocchio.

Molto a proposito in questo periodo di rivendicazioni viene la nota di A. Pellegrini (*Chirurgia organi di movim.*, XVI, f. 3, 1931) di una lesione che giustamente l'A. rivendica a sè, malgrado che molti la indichino erroneamente col nome di Köhler-Stieda.

La prima descrizione di un caso di ossificazione traumatica del legamento collaterale interno del ginocchio fu descritta dal Pellegrini nel 1905, e solo nel 1907 lo Stieda riferì sullo stesso argomento senza tener conto della precedente pubblicazione del Pellegrini.

In seguito molti altri, come risulta dalla nota in esame, si occuparono dell'argomento, attribuendo al Pellegrini la priorità della descrizione di tale lesione; tuttavia essa è ancora indicata col nome di Pellegrini-Stieda, o semplicemente Stieda.

Ora che molti si occupano di questa importante lesione, divenuta più frequente per il rifiorire degli sports, è necessario richiamare l'attenzione sulla sua paternità, per evitare di attribuire a stranieri, per semplice gusto di esotismo, quello che è sacro patrimonio nostro, e frutto di osservazione italiana. CARUSI.

STUDI RIASSUNTIVI.

La classificazione e il trattamento dei reumatismi cronici.

(G. LYON. *Le Bulletin Médical*, 30 maggio 1931).

L'A. divide i reumatismi in due categorie ben distinte basandosi su dati radiologici, sui risultati dell'esame del sangue e in parte anche sulla sintomatologia: artriti e artrosi. Le artriti sono caratterizzate da lesioni infiammatorie e lesioni suppurative. Differenti infezioni le producono: il reumatismo articolare acuto, la scarlattina, la grippe, l'infezione puerperale, la sifilide, la tubercolosi, le infezioni intestinali, la blenorragia, ecc.

Particolare importanza avrebbero le suppurazioni dentarie e tonsillari.

La sifilide dà luogo frequentemente al reumatismo cronico sia sotto forma di reumatismo poliarticolare deformante, sia sotto forma di spondilite o artrite. Dopo i lavori di Poncet, il ruolo della tubercolosi nella patogenesi dei reumatismi cronici non è più contestabile.

Il fatto che la prima e la più intensamente colpita è la sinoviale costituisce la caratteristica anatomo-patologica delle artriti; si aggiungono l'infiltrazione dei tessuti periarticolari, dei muscoli ecc.

Spontaneamente o con adatta terapia si può avere la risoluzione ma spesso si hanno deformità articolari ed anchilosi. L'evoluzione clinica delle artriti è caratterizzata dalla apparizione intermittente di *poussées* acute o subacute cui segue un aggravamento delle lesioni.

A queste categorie di artriti si riattaccano il reumatismo deformante, la spondilosi rizomelica, il reumatismo tubercolare e il sifilitico.

Il gruppo delle artrosi, cioè delle lesioni articolari di origine distrofica, comprende, l'artrite secca specialmente quella delle ginocchia descritte come lipo-artrite di Weissenbach e Francon; il reumatismo osteofitico lombare; il reumatismo localizzato alle falangi (nodosità di Heberden).

In tutte queste varietà predominano le lesioni ossee e non esistono lesioni della sinoviale.

Contrariamente a ciò che si osserva nelle artriti, l'anchilosi è rara, salvo all'articolazione coxofemorale.

Per ciò che riguarda l'etiologia delle diverse varietà delle artrosi, numerose cause sono state invocate. Le principali sono: i disturbi endocrini, le cause alimentari, umorali, nervose.

L. Lévi e H. de Rothschild hanno segnalato il reumatismo tiroideo dovuto ad insufficienza tiroidea; ed anche all'ipotiroidismo è stata riferita la osteocondrite dell'anca. E' stata anche da Moulonguet e Mihailesco emessa l'ipotesi di un reumatismo paratiroideo.

Più frequente e caratteristico è il reumatismo ovarico che può insorgere al momento della pubertà, della gravidanza e sopratutto della menopausa. Esso si manifesta con dolori articolari vaganti, scricchiolii, artriti subacute, ma anche con deformazioni articolari generalizzate. Il reumatismo proteinico (alimentare) è prodotto dall'ingestione di certe proteine alimentari (pesci, carne di porco, alimenti avariati) per le quali alcuni soggetti sono sensibilizzati e si manifesta con dolori articolari che ripetendosi parecchie volte possono condurre a lesioni croniche.

Nella genesi del reumatismo umorale (ad es. gottoso) sembra abbia importanza la fragilità epatica.

Resta la quistione del reumatismo trofico di origine nervosa; se si tolgono le artropatie tabetiche da tempo ben conosciute, rimangono delle osteo-artropatie la cui origine nervosa centrale non sembra dubbia, ma ben difficile a controllarsi.

Di fronte ad un malato di reumatismo cronico generalizzato o no, il medico deve sempre porsi la quistione della diagnosi etiologica. Per risolverla è necessario raccogliere una minuziosa anamnesi familiare e personale; ricercare il modo di inizio del reumatismo e la sua evoluzione e poi procedere alle ricerche di laboratorio suscettibili di portare qualche luce.

Per quello che riguarda gli antecedenti familiari, si ricercherà la sifilide, la tubercolosi e quelle affezioni raggruppate sotto il nome di artritismo.

Nell'anamnesi personale si indagherà circa l'esistenza di infezioni capaci di essere state il punto di partenza più o meno lontano di accidenti reumatizzanti: angine, infezioni dentarie, intestinali, urinarie, tubercolosi, sifilide, blenorragia. Importante nella donna è l'esame delle secrezioni del collo dell'utero e della vagina, nell'uomo quello delle secrezioni uretrali e prostatiche, la spermocultura e la gonoreazione.

Ricerche importanti sono la reazione di Wassermann, la ricerca dei bacilli di Koch nel liquido articolare, la intradermoreazione.

I disturbi endocrini debbono essere sospettati nella pubertà, in gravidanze e al momento della menopausa e sono sopratutto i sintomi concomitanti di ipotiroidismo, o d'insufficenza ovarica che fisseranno l'attenzione piuttosto dell'andamento clinico del reumatismo.

Molto delicata è la diagnosi del reumatismo proteinico: potranno farlo sospettare, una ricerca minuziosa sul modo di alimentazione, la coincidenza di *poussées* articolari con l'ingestione di pesce, di carne ecc., la insorgenza di asma, urticaria, emicrania concomitanti ai dolori articolari.

Infine le ricerche di laboratorio svelando, l'uricemia, la ipercolesterinemia, orienteranno la diagnosi verso i disturbi del metabolismo.

In presenza di un reumatismo cronico limitarsi ad adoperare come cura i diversi mezzi fisici antichi e moderni, sarebbe far cose incomplete: occorre, ogni qualvolta si è riusciti a precisare la causa del reumatismo, istituire il trattamento di detta causa.

È accertata la causa infettiva di un reumatismo cronico. Bisogna combatterla. Contro il reumatismo blenorragico sono stati adoperati: la vaccinoterapia, la sieroterapia, la gonacrina endovenosa. Anche la proteinoterapia aspecifica (iniezioni di latte, di peptone) e la autoemoterapia hanno dato buoni risultati.

L'azione del vaccino è lenta, da preferirsi è quindi il siero per via intramuscolare o meglio endovenosa.

Da parecchi autori è stato proposto il trattamento col Thorium X, e pare che abbia dato eccellenti risultati. Si adopera per iniezioni sottocutanee, intramuscolari, endovenose. Anche il bromuro di mesotorio è stato adoperato per iniezioni intramuscolari.

Contro il reumatismo sifilitico si ricorrerà al trattamento specifico con uno dei tre agenti terapeutici: arsenico, mercurio, bismuto. Ad essi si associerà l'ioduro di potassio.

Nella cura del reumatismo tubercolare si adopereranno i raggi infra-rossi e ultra violetti, le iniezioni endovenose o intramuscolari di iodaseptine, l'auroterapia.

Contro il reumatismo che si può attribuire ad una infezione focale (dentaria, tonsillare, urinaria ecc.) il solo mezzo razionale da utilizzare è la vaccinoterapia per mezzo di un autovaccino preparato coi germi isolati. Nel trattamento del reumatismo endocrino è stata adoperata la opoterapia ovarica o meglio tiro-ovarica associate a cura termale e a somministrazione di calcio, fosforo, iodio e zolfo. Anche gli estratti paratiroidei sono stati impiegati con vantaggio.

Nel reumatismo proteinico si prescriverà un regime alimentare povero in carne, o si proibiranno gli alimenti fermentabili o ricchi in materie proteiche. Utili saranno i metodi di desensibilizzazione mediante il peptone.

In presenza delle varietà di reumatismo in cui si è costatato la precipitazione di acido urico (r. gottoso) si ricorrerà ai classici solventi dell'acido urico: sali di litina, piperazina, atofano e alle cure termali.

Prendendo di mira non i fattori etiologici, ma le modalità cliniche, è opportuno ricordare certi metodi di trattamento: contro il reumatismo cronico deformante è stato utilizzato con vari risultati lo zolfo, l'arsenico e sopratutto l'iodio. Questi medicamenti sono giustificati sopratutto dallo stato di denutrizione che presentano numerosi di questi malati.

Nel reumatismo degli uricemici, danno buoni risultati i bagni di luce combinati con le iniezioni radio-attive.

Nelle artriti croniche dell'anca, di confusa etiologia, la radioterapia dà talvolta risultati eccellenti. Terminando la sua rassegna l'A. ricorda i tentativi di terapia chirurgica: la paratiroitectomia nella spondilosi rizomelica che avrebbe lo scopo di abbassare la calcemia in tale malattia aumentata (oltre 110 mmgr. per litro). Tale ardito intervento avrebbe dato risultati favorevoli nella metà dei casi.

VICENTINI.

SUNTI E RASSEGNE.

RENI E VIE URINARIE.

Sulla nefrosi lipoidica.

(P. GIRARD. *Le Journal de Médecine de Lyon*, 5 giugno 1931).

Tra le varie specie di nefrosi ce n'è una che attira particolarmente l'attenzione: la nefrosi lipoidica il cui quadro anatomico è stato presentato la prima volta da Munk, Volhard e Fahr. Questi AA. ne descrissero anche la sintomatologia che si impernia su: edemi cospicui cronici, albuminuria considerevole, presenza di lipoidi birifrangenti nelle urine.

La nefrosi lipoidica pura è una affezione dell'infanzia, adolescenza e giovinezza.

Nell'anamnesi del malato non si trova niente di ben preciso. Si è voluto incriminare la sifilide, ma essa manca spesso; alcuni autori hanno descritto casi di nefrosi lipoidiche comparse in tubercolotici. Si è posta la sinusite o l'angina all'origine di questa affezione. Alcune volte sarebbe insorta poco dopo una vaccinazione jenneriana o antidifterica.

Ma nel maggior numero dei casi manca una etiologia precisa alla base della nefrosi lipoidica.

La malattia inizia quasi sempre con gli edemi che iniziano alla faccia e si accompagnano con albuminuria cospicua. A poco a poco gli edemi si generalizzano: si aggiunge l'ascite e l'idrotorace. Spesso il malato si lamenta di cefalea, diarrea, anoressia ed ha anche delle febbrette.

I liquidi dei transudati sono generalmente lattescenti. Il loro tasso d'albumina è inferiore a quello dei liquidi dell'edema brightico; il colesterolo è in quantità notevole; il NaCl è intorno al 6-7 ‰.

La quantità e la densità delle orine sono in rapporto con gli edemi. Esse, sono molto dense e scarse nei periodi di anasarca, mentre divengono abbondanti e di densità più bassa quando gli edemi si riassorbono. L'albumina è in genere a un tasso del 25-30 ‰ ma può essere più abbondante fino al 50-60 ‰. Si tratta sempre di siero-albumina.

L'esame microscopico del sedimento delle orine mostra la presenza di cellule rotonde e di cilindri in genere jalini; però durante le poussées evolutive compaiono cilindri granulosi o granulo-grassosi.

L'esame delle orine al microscopio polarizzante mostra dei corpi birifrangenti presentanti al loro centro una croce di Malta.

Questi corpi birifrangenti sono isolati o in gruppi, fuori o dentro i cilindri e sembra che siano composti di eteri della colesterina. Munk ha dato alla presenza di queste granulazioni nelle orine una importanza considerevole e ne ha fatto un sintoma patognomonico della nefrosi lipoidica.

Di importanza capitale nella diagnosi di questa malattia è l'esame completo del sangue, che deve mostrare: la lattescenza del siero, le modificazioni dei lipidi, le modificazioni dei protidi e un tasso di urea normale.

La lattescenza del siero sembra che sia un sintoma costante della nefrosi lipoidica ed è dovuto ad uno stato fisico particolare dei lipoidi.

I lipidi del siero comprendono: da una parte i grassi che sono formati dalla combinazione di acidi grassi e glicerina e d'altra parte i lipoidi che comprendono tutte le altre materie grasse, (lipoidi fosforati o lecitina, colesterolo). Nella nefrosi lipoidica i lipidi totali sono notevolmente aumentati: il colesterolo sale fino al 15 ‰ e anche la lecitina aumenta di molto.

Invece i protidi totali diminuiscono notevolmente in rapporto con la diminuzione della quantità di siero-albumina; al contrario la globulina resta a un tasso quasi normale, dal che risulta una inversione del rapporto albumina-globulina.

Altre alterazioni sanguigne sono: la diminuzione dell'indice refrattometrico del siero; l'abbassamento della tensione superficiale; la diminuzione della pressione osmotica; l'aumento della zucchero; la diminuzione del calcio ecc.

Le prove della funzione renale e particolarmente quella della fenolsulfonftaleina hanno dato risultati normali; la pressione arteriosa è normale; normale il fondo dell'occhio.

Esistono invece delle modificazioni del metabolismo basale che sarebbe abbassato.

La nefrosi lipoidica è una affezione cronica che evolve molto irregolarmente a traverso periodi di aggravamento e di miglioramento. La guarigione è possibile, ma rarissima. La maggior parte delle nefrosi lipoidiche, passano in nefriti. La pressione arteriosa aumenta, compaiono i sintomi della ritenzione azotata e il malato muore uremico. Molto frequenti sono le complicazioni infettive: la tubercolosi,

ma specialmente le infezioni da pneumococco (polmonite, broncopolmonite, pleuriti purulente).

Secondo il nostro A. e per quanto la sua opinione discordi da molte altre, la nefrosi lipoidica comporta una prognosi molto grave.

Lo studio anatomico della nefrosi lipoidica è molto complicato a causa del sovrapporsi di infiammazioni secondarie al quadro, assai raro della forma pura.

Il rene della nefrosi lipoidica si può presentare sotto tre forme:

1) Il grosso rene bianco, aumentato di volume e di peso, con superficie liscia, capsula facilmente distaccabile. Alla sezione, la corticale appare aumentata di volume, è confusa pallida e spicca sulla sulla midollare brunastra.

2) Il piccolo rene bianco, più raro.

3) Il rene atrofico nefrosico di Volhard la cui relazione con la nefrosi lipoidica non è provata.

All'esame istologico: la lesione caratteristica è l'infiltrazione lipidica della cellula renale, infiltrazione predominante su ogni altro fenomeno e che raggiunge la sua massima intensità a livello dei tubi contorti, specie alla parte iniziale di essi.

Le lesioni glomerulari non sono costanti e in genere poco importanti: consistono in un rigonfiamento del foglietto parietale del glomerulo.

Il tessuto interstiziale è normale nei casi recenti; ma può presentare delle lesioni nei casi antichi: vi si trovano allora delle cellule rotonde cariche di gocce birifrangenti.

Riguardo all'evoluzione anatomica, la nefrosi lipidica, si complica in genere con lesioni infiammatorie.

Nei casi molto rari in cui essa resta pura si arriverebbe secondo Munk al rene retratto nefrosico.

Allo stato attuale delle conoscenze è l'opinione della maggior parte degli autori che i differenti fatti anatomici e clinici che caratterizzano la nefrosi lipoidica possono spiegarsi all'infuori di ogni alterazione renale.

L'albuminuria troverebbe la sua causa in una modificazione dello stato fisico-chimico del sangue; gli edemi non sarebbero dovuti ad una ritenzione renale, ma ad una diminuzione dei protidi del siero, la colesterinemia non corrisponderebbe ad un ostacolo renale.

Le lesioni anatomiche del rene possono essere realizzate al di fuori di ogni alterazione renale; da una infiltrazione secondaria alla ipercolesterinemia. E manca dal punto di vista clinico tutta la coorte dei sintomi per mezzo dei quali il rene ha l'abitudine di manifestare la sua alterazione.

È dunque una causa extrarenale che determina la nefrosi lipoidica ed è in un disturbo del metabolismo dei lipidi che bisogna cercarla. Ma le esperienze fatte in proposito non hanno approdato a risultati sicuri e perciò fa d'uopo considerare la nefrosi lipoidica come un disturbo del metabolismo generale determinante uno squilibrio lipido-protidico.

La causa intima di questo fenomeno è stata ricercata nel rene, nelle modificazioni fisico-chimiche del sangue e nelle ghiandole endocrine. Ma tutte le ricerche eseguite non hanno approdato a nulla di preciso e di probativo per l'una o l'altra ipotesi tendente a spiegare l'essenza intima di questo squilibrio lipido-protidico del siero che costituisce essenzialmente la nefrosi lipoidica.

La terapia della nefrosi lipoidica comprende quattro parti: 1) fissare un regime; 2) somministrare dei diuretici; 3) trattare i sintomi; 4) cercare un trattamento specifico della malattia.

Il regime deve comprendere una diminuzione dei cloruri e dei lipidi ed un aumento dei protidi. Si faranno mangiar sopratutto ostriche, bianco d'uovo, vitello, pesce, fagioli, piselli, lenticchie.

Tutta una lunga serie di diuretici è stata provata con vario risultato: l'urea alla dose di 100 gr. al giorno, una o due volte la settimana; la teobromina, però con scarsi risultati; il solfato di soda, l'acetato di potassio, il citrato di soda; il cloruro di calcio che sembra il più indicato; i purganti drastici pure con buoni risultati ed infine i diuretici mercuriali con effetti contradittori.

Il trattamento sintomatico comprenderà, il riposo a letto e il drenaggio coi tubi di Southey in casi di edemi cospicui; lo svuotamento dell'ascite e dell'idrotorace; una accurata sorveglianza delle funzioni digestive.

Il trattamento specifico causale della nefrosi lipoidica riposa su basi fragili perchè non si è ancora riusciti a definire con certezza la causa di questo disturbo del metabolismo. L'A. ricorda la decapsulazione dei reni, l'attinoterapia e la somministrazione di pilocarpina. La cura più correntemente usata è l'estratto tiroideo preconizzato da coloro che hanno fatto della nefrosi lipoidica uno squilibrio lipido-protidico dovuto a un disturbo della secrezione tiroidea. Epstein avrebbe ottenuto risultati eccellenti col trattamento tiroideo associato ad un regime ricco in proteine. Altri autori considerano invece l'estratto paratiroideo e l'insulina.

Infine basandosi sul ruolo sicuramente esercitato dal fegato nel metabolismo dei lipidi e protidi e sull'anemia che presentano quasi sempre questi malati è stato consigliato di dar loro da mangiare del fegato secondo il metodo di Wipple; questo metodo è ancora allo studio ma merita di essere preso in considerazione.

VICENTINI.

Valore semeiologico dell'indossilemia nelle malattie dei reni.

(H. THIERS. *Journ. de Méd. de Lyon*, 20 aprile 1931).

Basandosi su 104 osservazioni personali, l'A. ha cercato di precisare il valore semeiologico dell'indossilemia, studiata con la reazione di Jolles praticata su 2,5 cc. di defecato tricloroacetico di siero. La reazione, praticata in queste condizioni speciali, permette di svelare solo delle iperindossilemie importanti, uguali o superiori a 1,3-1,6 milligrammi per mille.

Questa reazione non è assolutamente specifica dell'uremia, poichè può essere riscontrata occasionalmente nelle occlusioni intestinali, nelle grangrene, nei tumori e nei processi distruttivi del fegato ed anche nell'ittero grave. Per interpretare la reazione, conviene assicurarsi, con la ricerca dell'indossile nelle urine, che questo corpo continua a prodursi nell'organismo e bisogna anche ricordare l'esistenza di iperindossilemie extrarenali. L'A. insiste sulla estrema difficoltà nella quale si trova in pratica l'organismo per realizzare, all'infuori delle nefriti, delle iperindossilemie sufficienti per dare una reazione di Jolles positiva. La riduzione marcata dalla diuresi e le albuminarie febbrili ne sono incapaci. Anche per questo la reazione di Jolles permette di differenziare facilmente il rene cardiaco dal rene della nefrite cronica e gli accidenti cerebrali di origine vascolare dagli accidenti uremici tossici.

Nelle anurie l'indossile viene ritenuto allo stesso titolo dell'urea ed il suo studio non presenta vantaggi pratici su quello di quest'ultima. Nelle nefriti acute l'indossile è ritenuto in modo incostante quando vi è azotemia; quando questa esiste, la sua ritenzione implica una prognosi severa; la ritenzione di indossile si verifica più tardivamente e sparisce più precocemente di quella dell'urea. Nelle nefriti subacute la ritenzione di indossile è più tardiva e la sua comparsa indica il passaggio alla cronicità delle lesioni, anche se l'urea tende ab abbassare; da ciò il suo interesse per la prognosi.

Nel corso delle albuminurie croniche, l'indossile non è ritenuto che nella nefrite cronica azotemica, si abbia o no ipertensione; i tedeschi ammettono che la sua ritenzione avvenga prima di quella dell'urea, e l'A. porta una osservazione a conferma di ciò. Tale ritenzione sembra costante nella nefrite cronica uremigena (donde il suo interesse diagnostico e prognostico), essa si mantiene ad un tasso presso a poco fisso e irriducibile, qualunque siano le fluttuazioni dell'urea.

Nelle ipertensioni semplici, senza fattore renale, non si ha ritenzione di indossile; quando l'ipertensione è legata ad una nefrite cronica indiscutibile, ma ad evoluzione più vascolare che uremigena, la ritenzione dell'indossile è sembrata all'A. possibile, ma rara.

L'indossile passa facilmente negli essudati pleurici e peritoneali; non lo si trova invece nel liquido cefalo-rachidiano se non eccezionalmente e a uno stadio affatto terminale. Solo in piccole quantità viene trattenuto nei parenchimi.

L'indossile non interviene nella patogenesi dell'intossicazione uremica e sta solo ad attestare la ritenzione dei corpi aromatici. È paradossale il vedere che l'urea chimicamente semplice e fisicamente diffusibile, viene ritenuta con facilità, mentre l'indossile, corpo aromatico e non diffusibile, non viene ritenuto che con molta difficoltà: paradosso sconcertante ed attualmente inesplicabile. Esiste forse un rapporto fra il tipo della lesione renale e la ritenzione dell'indossile. L'A. ritiene che tale ritenzione viene realizzata quando la lesione è generalizzata alla totalità del tubo orinifero ed alla totalità del parenchima renale.

C. TOSCANO.

Origine insolita di ematuria totale.

(F. C. PACE. *The British Journal of Urology.*, marzo 1931, vol. III, n. 1).

L'A. riferisce un caso di ematuria totale di origine non comune.

Si tratta di un uomo di 45 a. presentatosi alla sua osservazione accusando da un mese frequenti emissioni di urina sanguinolenta. Dichiarava che a 8 a. prima aveva provato dolori sordi all'angolo costo-vertebrale di D. con irradiazioni inferiormente nell'addome, senza alcun disturbo vescicale o d'altra specie. D'allora, fino ad un mese dalla data di entrata, era stato sempre bene.

L'esame obiettivo generale era negativo. Il rene di d. era indistintamente palpabile e leggermente dolente in avanti; lieve dolore all'angolo costo-vertebrale. Negativi i punti ureterali. L'esame rettale fece constatare l'aumento di volume del lobo sin. della prostata. La prova dei tre bicchieri mostrava urine totalmente e ugualmente sanguinolente in ciascuno di essi.

L'esame microscopico mostrava solamente presenza di sangue. La cistoscopia non fece rilevare nessuna alterazione vescicale. Gli sbocchi ureterali di aspetto lineare non mostravano alcuna alterazione. Il getto di sin. era ritmico, abbondante normale; mentre da quello di d. veniva fuori del sangue. La prova funzionale con l'indigo-carminio dimostrò il rene d. senza funzione. Ambedue gli ureteri venivano facilmente cateterizzati. La pielografia del rene d. fece vedere una grande idronefrosi. Fu fatta diagnosi di ostruzione dell'unione pelvico-ureterale con idronefrosi da causa imprecisabile.

Deciso un intervento fu trovata un'estesa peripielite fibrosa e si constatò la presenza di una arteria polare-anomala inf. che partendo dall'aorta passava al davanti dell'unione pelvicoureterale di d. perdendosi nel bordo mediale del rene circa un cm. e mezzo al di sotto dell'ilo. Fu praticata la nefrectomia. L'esame del pezzo rivelò dilatazione avanzata e spiccato ispessimento della parete pelvica. I calici erano ripieni di pezzi di sangue coagulato. Il parenchima renale presentava i segni dell'atrofia idronefrotica. L'esame della piccola porzione di uretere rimosso dimostrò che l'idronefrosi aveva avuto inizio bruscamente dovuta a pressione esterna.

Il caso descritto dall'A. ricorda il tipo insolito di idronefrosi, chiamato da Bazy: emoidronefrosi.

SCANDURRA.

Emangioma del rene.

(HAMILTON BAILEY. *The British Journal of Urology*, n. 4 vol. II, december, 1930).

Gli emangiomi del rene sono molto rari, e la rarità dipende dalla difficoltà di poterli dimostrare clinicamente. L'Autore fa rilevare che anche all'esame del pezzo anatomico possono sfuggire piccoli angiomi sepolti nel parenchima. L'ematuria essenziale è una condizione contro la quale ogni mente chirurgica deve ribellarsi.

Fin dal 1890 l'attenzione degli Urologi fu attratta dalla presenza di *varici* o *di piccoli aggregati di venule* situati all'apice di una piramide come causa dell'ematuria.

Hurry Fenwick descrisse un caso in cui l'esame istologico dell'apice di una piramide mostrava la dilatazione di piccole vene che formavano un angioma.

Nel 1909 Hugh Cabot illustrò delle formazioni microscopicamente simili.

D'allora fino al 1921 non sono stati riferiti altri casi. In quell'anno R. H. Jocelyn Swan, in occasione della seduta inaugurale della R. Società di Medicina portò un caso di emangioma dimostrabile ad occhio nudo. Si trattava di una nefrectomia praticata d'urgenza ad uno studente universitario per ematuria infrenabile. D'allora fin'adesso sono stati riferiti altri 4 casi di emangioma del rene trattati chirurgicamente.

Caso dell'Autore. — Sig.na D. W., di anni 31, inviata all'A. il 24-3-30 da un collega perchè da 22 mesi soffriva di ematurie imponenti totali che si presentavano ogni due o tre mesi e che avevano la durata di qualche settimana, accompagnate a volte da coliche. Il medico curante aveva fatto una cistoscopia e aveva visto che il sangue veniva dall'uretere di destra. Fatta una nefrotomia e non avendo trovato nulla di anormale, rimise il rene a posto. Le ematurie da allora si sono ripetute saltuariamente; l'A. ripetè la cistoscopia e vide chiazze emorragiche intorno allo sbocco dell'uretere destro. *La pielografia* fece vedere una forma *insolita di pelvi doppia*. Si decise per la nefrectomia che fu praticata con la incisione di Rutherford Morison. Fu difficile la liberazione del rene per le forti aderenze stabilitesi col peritoneo.

Esame del pezzo. Inciso il rene per lungo si notò nella grande pelvi un liquido scuro; contemporaneamente si constatò il secondo uretere e la piccola pelvi osservati nel pielogramma. Non si notavano papillomi. Ad un terzo taglio longitudinale fu trovato verso il polo sup. del rene, fra due piramidi, un angioma plessiforme della grandezza di un pisello, in cui erano bene evidenti i vasi e del sangue.

Patologia dell'emangioma del rene. Allen e Cherry, nel 1897, a proposito di uno studio sui neoplasmi primitivi del rene, descrissero gli angiomi e dimostrarono tutte le specie di dilatazioni capillari. Nel caso di Fenwich l'emangioma aveva la grandezza di una testa di spillo, mentre nel caso di Gile si trattava di una massa come una spugna che occupava la terza parte di un rene.

L'angioma raramente è incapsulato, ordinariamente invade la sostanza circostante del rene. Può trovarsi in qualsiasi parte del rene, ma tranne quei casi che danno dei sintomi, sta di solito nella parte midollare. Sono tumori molto benigni ed aumentano lentissimamente di grandezza.

L'Autore ricorda che nel 1909 Hugh Cabot pensava alla possibilità di distruggere l'emangioma e preservare il rene (cioè profetizzava l'uso del termocauterio).

Ma l'autore non trova nulla da rimproverarsi per aver fatto la nefrectomia in considerazione della difficoltà incontrata nel ritrovare il neoplasma dentro il rene già asportato.

SCANDURRA.

Adenoma della vescica.

(NAQUIB MAKAR e A. L. URQUHART. *The British Journal of Urology*, dicembre 1930).

Gli AA. riferiscono un caso di adenoma della vescica capitato in Egitto. Si trattava di un agricoltore di a. 40 il quale da bambino aveva sofferto bilarziosi. Nessuna malattia venerea. Da molti anni soffriva di dolore durante la minzione, nicturia. Aveva fatto molte *cure fra cui 56 endovenose di tartaro emetico*. Entrato nell'ospedale di Kasr-el-Aini nel febbraio del 1930, accusava gravi disturbi della minzione consistenti in *dolori*, *frequenza continua* di urinare, senso di peso alla fine dell'atto, nicturia. Le urine raccolte contenevano: albumina, corpuscoli rossi, numerose cellule di pus e alcune uova di bilarzia. Furono praticate cu-

re sedative per bocca. L'esame cistoscopico una prima volta fallì per la scarsa capacità vescicale e la forte dolorabilità. La seconda volta si trovò che la vescica era occupata da una massa tumorale che si credette di origine bilarziosa. *Cistotomia soprapubica.* La parete vescicale si trovò cosparsa di numerose tumefazioni solide, papilliformi, situate la maggior parte intorno al trigono. Alcune erano sessili, altre peduncolate. Vennero tutte rimosse colla diatermia e la vescica venne drenata dalla soprapubica.

Le numerose masse rimosse dalla vescica costituivano la grandezza di un pugno. Erano di colore pallido, superficie granulosa, di grandezza varia da un pisello ad una noce di Sorrento, di consistenza molle-elastica.

L'esame microscopico eseguito da parecchi tagli mostrò l'aspetto dell'adenoma a struttura glandolare. Gli AA. mettono in rilievo la rarità dell'adenoma della vescica, il quale rappresenta l'1 % di tutti i tumori vescicali.

SCANDURRA.

Sulla cura della ipertrofia prostatica.

(M. KIRSCHNER. *Arch. Klin.*, Chir., vol. 164, pag. 487).

In un lavoro esteso Kirschner enumera le ragioni che lo hanno indotto a dare la preferenza alla prostatectomia per via perineale piuttosto che per via soprapubica. La scelta dei pazienti deve essere fatta molto accuratamente escludendo senz'altro dall'intervento radicale non solo quelli in cui la funzione renale sia alterata ma anche i casi in cui lesioni cardiache possano compromettere l'esito.

Prima dell'intervento i malati vengono tenuti per circa 15 giorni con un catetere a permanenza cui viene applicato un sistema di aspirazione e attraverso il quale mediante un catetere uretrale vengono praticati ripetuti lavaggi vescicali. Per evitare epididimiti secondarie all'uretrite l'A. procede prima alla legatura a sezione bilaterale dei deferenti.

La prostatectomia viene praticata per via perineale con un taglio a Y di cui le due branche corrispondono alla circonferenza anteriore dell'ano. La prostatectomia viene eseguita costantemente sotto il controllo visivo diretto per via tagliente pinzettando e legando successivamente i vasi a mano a mano come vengono sezionati.

Viene risparmiato così certamente tanto lo sfintere esterno che l'interno. L'uretra viene in gran parte perforata dalla prostrata e suturata completamente su un catetere di gomma che viene mantenuto in sito per 15 giorni. In qualche caso ha tentato con successo una chiusura per primam, di solito però diversa. Con questo metodo non avrebbe osservato mai fistole uretrali.

La tecnica operatoria richiede certamente più abilità e esperienza della prostatectomia, sec. Freyer, avrebbe però il vantaggio di mantenere normali gli sfinteri, di evitare emorragie postoperatorie e in genere di ridurre re complicazioni postoperatorie. P. VALDONI.

FEGATO E VIE BILIARI.

L'insufficienza epatica nella febbre tifoide.

(F. P. BERRETTA, *Accademia Medica di Genova*, 15 ottobre 1930).

L'A. ha eseguito una serie di indagini sulla funzionalità epatica nel corso dell'infezione tifoidea mettendo in rapporto la funzione del fegato con il decorso e con l'esito della malattia.

Le varie prove di esplorazione funzionale del fegato possono far valutare entro certi limiti il grado di insufficienza dell'organo, ma per farsene un concetto esatto è necessario tenere nel massimo conto tutto ciò che dal punto di vista sintomatico ed obiettivo risulta nel corso della malattia.

Quasi tutti gli studiosi dell'argomento sono concordi nell'affermare che l'infezione eberthiana nei riguardi della pressione arteriosa è una malattia a carattere ipotensivo: il nostro A. ha riscontrato un comportamento vario in tutti i suoi casi, ma aggiunge che i suoi dati sono infidi perchè i pp. prendevano per la loro cura dei preparati cardiotonici.

Per conoscere lo stato dell'equilibrio acido-basi dei pp. ha indagato il comportamento della riserva alcalina e del valore pH nelle orine.

I risultati ottenuti gli fecero concludere che nel periodo di stato vi è tendenza alla acidosi che però scompare a mano a mano che avviene la defervescenza della malattia o subentra la convalescenza.

Ha eseguito anche la determinazione degli acidi organici eliminati per le orine con il metodo di V. Slyke e Palmers.

La eliminazione degli acidi organici è risultata aumentata nei casi gravi; normale o poco aumentata in quelli benigni.

Considerando che negli epatici si ha spesso alterata emicrania e che tale stato si riscontra anche nelle infezioni eberthiane, l'A. ha saggiato la funzione emocrasica del fegato paragonando il tempo di coagulazione con il tempo di emorragia ed ancora con il segno del laccio per svelare l'esistenza di tendenze emorragiche superficiali causate da distrofia vasale di origine trofica.

In tutti i casi esaminati il tempo di emorragia e quello di coagulazione non mostrano nessuna deviazione dal normale.

Il segno del laccio fu positivo solo in due casi molto gravi.

Allo scopo di saggiare lo stato della funzione biligenetica del fegato l'A. ricercò nei suoi ammalati la bilirubinemia ed ebbe un netto aumento nei casi gravi; minore aumento o reazioni normali nei casi con decorso benigno.

E così pure ricercò lo stato della funzione determinante del fegato. La curva amino-acidemica nei casi a decorso grave risultò avere un comportamento da insufficienza epatica mentre nei casi benigni si ebbe una curva bassa o normale.

Concludendo nelle infezioni eberthiane esiste, quando il decorso assume un andamento grave, una insufficienza della funzione epatica rilevabile con la curva aminoacidemica e con la ricerca della bilirubinemia. Minore importanza hanno le altre prove. VICENTINI.

Malattie del fegato con ittero e ricambio del ferro.

(TH. BRUGSCH. *Med. Klin.*, n. 11, 1931).

In condizioni normali l'urina è così povera in ferro da potersene considerare priva. La somministrazione terapeutica di alte dosi di ferro non modifica la eliminazione urinaria. Nelle malattie del fegato che si accompagnano ad ittero la formazione di bilirubina e del ferro dalla emoglobina avvengono principalmente per opera del fegato. La bilirubina passa nei liquidi e determina la colorazione itterica, il ferro in gran parte rimane nel fegato: questo contiene l'85 % di più che il fegato normale. L'accumulo di ferro nel fegato non ne aumenta la eliminazione per l'urina nè per la bile. In casi di malattie epatiche con ittero anche la pelle contiene più ferro del normale: 20 % di più. Forse nella pelle avviene una formazione autoctona di ferro, ad ogni modo questa passa del tutto in seconda linea di fronte alla formazione di ferro da parte del fegato. L'iniezione intracutanea di una soluzione all'1 % di ferrocianuro di potassio dà una colorazione bleu se la pelle contiene degli joni ferrosi: essa riesce positiva anche in casi di considerevole accumulo di bilirubina nella pelle, ha quindi importanza diagnostica per dimostrare gravi lesioni del fegato che si accompagnano ad ittero. R. POLLITZER.

Le sinfisi vescicolo-duodenali.

(P. CARNOT. *Paris Méd.* 1931, n. 20).

Le dispepsie dei biliari, da tempo conosciute e così frequenti, sono per lo più provocate da delle sinfisi vescicolo-piloriche e vescicoloduodenali; consecutive a loro volta ad una infezione d'origine biliare o digestiva.

La sindrome clinica delle dispepsie biliari è proteiforme ed è proprio questa variabilità dei sintomi digestivi che la caratterizza.

Talvolta siamo di fronte al quadro della dispepsia flatulenta: pesantezza e gonfiore dopo il pasto; eruttazioni; vampate di calore dopo il pranzo ecc.

Altre volte si ha a che fare con una dispepsia iperacida, con bruciori e pirosi: salivazione, e rigurgiti acidi. Oppure sono in vedetta i disturbi da spasmo esofago-cardiaco o medio-gastrico o pilorico. Altre volte la sindrome dolorosa prende il primo posto: il dolore risiede al cavo epigastrico o all'ipocondrio destro con irradiazioni al dorso e alla spalla destra. Può anche esserci una sindrome emorragica, ma di rado. Altre volte infine c'è una sindrome litiasica con crisi tipiche di coliche epatiche, sensibilità dolorosa alla cistifellea, ittero, decolorazione delle feci ecc.

La diagnosi deve sistematicamente ricercare una partecipazione simultanea della cistifellea da una parte, del duodeno dall'altra ad avere così la prova di una doppia sindrome vescicolo-duodenale legata alle sinfisi di queste due cavità.

La partecipazione vescicolare sarà provata dagli antecedenti biliari, dalla tinta colemica accentuata, dalla colorazione gialla delle congiuntive, dello xantelasma, dalla tendenza alle emorragie, dallo stato psichico melanconico e instabile.

Saranno ricercati i punti dolorosi in rapporto alle vie biliari: punto frenico cervicale destro; sensibilità dell'ipocondrio destro, punto doloroso di Gilbert-Murphy; punto doloroso di Abraham; sintoma della tosse secca di Ramond.

Parlano per la partecipazione duodenale: la gastralgia tardiva legata a difficoltà di evacuazione pilorica, o al contrario la dispepsia precoce se si tratta di spasmi cardiaci o mediogastrici. E poi la sindrome motrice (contrazioni vive dello stomaco), la sindrome secretoria con ipercloridria. Queste sindromi sono poco caratteristiche e contradittorie ma è proprio la labilità dei sintomi che è importante. Le funzioni intestinali sono per lo più pigre, ma talora si hanno crisi di diarrea prandiale.

Anche l'esame radiologico mette in luce due specie di sintomi: gastro-duodenali da una parte, epato-biliari dall'altra.

I segni digestivi sono i più netti. Dopo l'ingestione del pasto di bario si notano disturbi riflessi: uno spasmo del cardias nel 6 % dei casi, uno spasmo mediogastrico nel 10 % e uno spasmo pilorico nell'80 %, con ritardo più o meno prolungato della evacuazione gastrica.

Dopo che il bario ha sorpassato il piloro appaiono i segni capitali a livello del duodeno.

C'è da una parte spostamento del piloro e

del duodeno, dall'altra deformazione dei differenti segmenti piloro-duodenali.

Lo spostamento gastro-piloro-duodenale dipende direttamente dalla sinfisi con la regione epato-vescicolare: per lo più è diretto verso l'alto, in dietro e a sinistra, perchè le aderenze del duodeno hanno luogo piuttosto a livello del collo e dei grossi canali che non a livello del fondo della vescichetta.

Più importanti ancora a precisare sono le deformazioni del duodeno.

Il bulbo, nel caso di sinfisi bulbo-vescicolare, non ha più l'aspetto netto regolare normale: è irregolare, longitudinale o schiacciato, i suoi bordi sono festonati e sfumati, i suoi angoli sono indecisi, le sue incisure ineguali e irregolari. Ma ciò che è veramente caratteristico è che la forma è costantemente diversa da un esame all'altro.

La mobilità delle imagini del bulbo è il grande carattere delle aderenze peribulbari. La seconda parte del duodeno, se è aderente appare assottigliata, di calibro ridotto, a bordi festonati. Spesso c'è una angolazione alla metà di D_2 che corrisponde a una sinfisi locale con la vescicola.

I sintomi vescicolari sono meno netti. Iniettando simultaneamente del bario nel duodeno per mezzo della sonda di Einhorn e della tetraiodo per bocca, le due opacità duodenale e vescicolare si accollano l'una all'altra: allora per mezzo di adatta manovra sulla parete addominale ci si può rendere conto che c'è stretta solidarietà, saldatura intima tra il duodeno e la cistifellea.

L'A. si diffonde poco sull'origine delle sinfisi vescicolo-duodenali. Nel maggior numero dei casi si tratta di una infezione vescicolare iniziale dovuta il più spesso ad una colelitiasi; in altri casi invece si tratta di una infezione duodenale primitiva, principalmente legata ad una ulcera: la lesione inizia nella parete duodenale, raggiunge la sierosa e si produce una periduodenite callosa che raggiunge la cistifellea e le vie biliari.

In certe peritoniti plastiche invece si ha una infezione iniziale della sierosa che raggiunge secondariamente e vescichetta biliare e duodeno.

La cura è in gran parte chirurgica: liberazione delle aderenze, asportazione della cistifellea e dei calcoli, peritonealizzazione perfetta della ferita operatoria; drenaggio minuzioso della cavità operatoria contro la infezione. Ma purtroppo la sinfisi può recidivare ed anche estendersi forse a causa di germi da infezione latente. Ed allora si tenteranno cure mediche: diatermia, raggi ultravioletti, cinnamato di benzile ecc. se la lesione è sterile e asettica; vaccinazioni locali contro l'infezione.

Ma in realtà le sinfisi duodeno-vescicolari sono difficili a curarsi e molto spesso i malati, essendo fallite tutte le cure menano una vita penosa aggravata dalla depressione psichica che spesso insorge nel corso delle sinfisi bilio-duodenali.

VICENTINI.

Studi sul ricambio nell'acqua nei disturbi della funzione epatica.

(ABE. *Tohoku Journal of experimental medicinale*, n. 1-2, 1930).

L'A. paragona la quantità dell'urina, l'eliminazione extrarenale di acqua, l'emoglobina, l'albumina e il cloruro sodico del siero di sangue prima e dopo la somministrazione di una grande quantità di acqua in individui affetti da disturbi della funzione epatica.

Le alterazioni della concentrazione del sangue prese come indice del ricambio idrico intermediario, vengono giudicate in base alle alterazioni del contenuto emoglobinico. In altre ricerche l'autore determina il ricambio idrico in cani, in cui è stato sperimentalmente danneggiato il fegato per mezzo di intossicazione cronica da fosforo e di ittero da stasi. Negli indivudi sani l'emoglobina, l'albumina e il cloruro sodico del siero diminuiscono notevolmente subito dopo la somministrazione di acqua, raggiungendo i valori minimi dopo 30 minuti; raramente questa diminuzione è preceduta da un aumento. Dopo una o due ore, aumentando notevolmente la quantità dell'urina, aumenta la concentrazione delle dette sostanze, fino ai valori iniziali ed anche oltre. Dopo la terza ora si osserva per lo più una lieve idremia, che sparisce dopo la 4ª-5ª ora per dar luogo al fenomeno opposto. La quantità della eliminazione extrarenale di acqua durante le 4 ore successive alla somministrazione arriva per lo più al 40 % della quantità somministrata. Su 25 casi di affezioni epatiche diverse, 11 presentavano una buona eliminazione urinaria, 9 una eliminazione ritardata, 5 un'eliminazione non influenzata dalla somministrazione di acqua. La quantità dell'eliminazione extrarenale è inversamente proporzionale alla quantità di urina. Il ricambio idrico intermedio è quasi sempre alterato: in 20 casi l'idremia iniziale raggiungeva in un tempo più lungo il suo massimo, in 16 casi questa idremia superava il limite massimo osservato nel sano. Nei cani lesi nel loro fegato era ritardata dato la comparsa del grado massimo dell'idremia iniziale.

Il valore assoluto dell'idremia iniziale era alto negli animali con legatura del coledoco. Il grado delle dette alterazioni del ricambio idrico sia nell'insufficienza epatica clinica che in quella esperimentale è probabilmente e sopratutto in rapporto con il grado delle alterazioni parenchimatose.

R. POLLITZER.

L'ATTUALITÀ SCIENTIFICA

Recenti progressi nella chimica delle vitamine.

(*Royal Soc. of medicine*, 18 giugno 1931)

F. G. HOPKINS. — È la chimica delle vitamine piuttosto che il loro aspetto fisiologico che va ora sottoposto a discussione. L'attenzione va rivolta particolarmente alle vitamine D, A e B; specialmente su quella D convergono le ricerche di molti studiosi allo scopo di arrivare ad una reale conoscenza della natura di questo agente importante.

LA VITAMINA D.

A. WINDAUS. — Si occupa delle sue ricerche sulla chimica dell'ergosterol irradiato. Da quando si riconobbe che l'ergosterol, mediante l'irradiazione con raggi ultravioletti viene trasformato in una sostanza antirachitica di alta attività, si sono continuati gli studi per conoscere le condizioni più favorevoli per questo processo fotochimico. Sono stati fatti tentativi allo scopo di preparare tale sostanza in forma cristallina, ma inutilmente. Nel processo di irradiazione, non si arriva mai ad uno stato di equilibrio fra l'ergosterol ed i suoi prodotti di irradiazione. Se questa viene continuata per un tempo sufficiente, l'ergosterol scompare del tutto e si trasforma in prodotti iperirradiati, due dei quali sono stati ottenuti in forma cristallina.

La vitamina D è soltanto un prodotto intermediario della trasformazione chimica dell'ergosterol ed è sensibile all'irradiazione con raggi ultravioletti; invece i due prodotti cristallini sopra menzionati sono da considerarsi come terminali ed irreversibili. È possibile, ma non dimostrato che, durante l'irradiazione si formino anche altre sostanze.

A quanto sembra, la vitamina ottenuta mediante l'irradiazione contiene tre legami doppî ed è dimostrato, ad ogni modo, che essa contiene un sistema di legami doppî coniugati. Essa è quindi molto simile all'ergosterol, sebbene sia molto più sensibile di questo all'azione delle temperature elevate.

Per quanto riguarda la conservabilità della vitamina D in assenza di aria, si è osservato che, in tali condizioni, si hanno delle modificazioni spettroscopiche e nella rotazione ottica, a cui però non corrispondono delle modificazioni fisiologiche, il che dimostra che la sostanza che subisce tali modificazioni non è la vitamina.

Il fatto che l'azione tossica e quella antirachitica decorrono parallelamente sta ad indicare che entrambe le azioni sono date dalla stessa sostanza.

I tentativi di ottenere la vitamina in stato puro cristallino non sono stati del tutto vani, poichè nei tubi nel vuoto si sono realmente separati dei cristallini aghiformi, con una striscia principale di assorbimento spettroscopico fra 265 e 270 μμ ed un coefficiente di assorbimento di 1,14. La dose-limite antirachitica è stata trovata due volte e mezza superiore alle preparazioni standard inglesi.

R. B. BOURDILLON afferma che dei prodotti cristallini di alta attività antirachitica sono stati ottenuti in tre laboratori, in Germania, in Olanda ed in Inghilterra. Nel « National Institute of medical research » si sono ottenuti dei cristalli, in tutto simili a quelle descritti da Windaus mediante un processo di distillazione. Il valore antirachitico, espresso in unità del « Medical research Council » è di 18.000-20.000; a tale prodotto è stato dato il nome di « calciferol ». Esso ha la stessa composizione dell'ergosterol e lo stesso peso molecolare. I prodotti cristallini ottenuti da tre diversi studiosi hanno analoga azione antirachitica ed, a quanto sembra, anche simili rotazioni ottiche; è da ritenersi probabile che tutti contengano una sostanza che sia la vitamina D e che non siano prodotti negativi contaminati da tracce di una ignota e misteriosa vitamina.

O. ROSENHEIM ritiene che la sostanza preparata da Windaus e quelle preparate da Bourdillon e collaboratori siano da ritenersi identiche sebbene possa rimanere in essa qualche traccia di impurezze. È poi da segnalarsi il fatto che l'isolamento della sostanza sia stato compiuto proprio nei due laboratori i quali, per primi, annunciarono la trasformazione dell'ergosterol in vitamina D. Contrariamente alla sua opinione di un tempo, ritiene che il comportamento spettroscopico non contribuisca all'isolamento dei cristalli derivanti dall'ergosterol irradiato.

LA VITAMINA A.

H. von EULER osserva che, fin da quando si iniziarono gli studî sulla vitamina A si notò che il carotene doveva essere la sostanza che favorisce l'accrescimento. Le nuove ricerche hanno dimostrato che vi sono due carotene, a diverso punto di fusione, l'uno otticamente attivo, l'altro no. Egli ha anche dimostrato che lo spettro di assorbimento di uno dei derivati artificiali del carotene è del tutto analogo a quello che si ritiene caratteristico per la vitamina A.

Secondo le esperienze di Moore, il carotene, quando viene somministrato ai ratti viene trasformato in una sostanza molto attiva « a-carotene ». Si presenta ora la questione se il carotene venga trasformato nell'organismo in vitamina A, oppure se l'uno e l'altra siano invece delle sostanze diverse con attività distinte.

Nel suo laboratorio, l'A. ha tentato di ottenere la trasformazione *in vitro* mettendo

dapprima il carotene in contatto con fegati macerati di diversi animali, ma poi l'ha ottenuta mediante il siero di gallina; in questo modo, si è veduta diminuire la concentrazione del carotene e la formazione di una nuova sostanza spettroscopicamente quasi identica alla vitamina A. È quindi da ritenersi probabile che la trasformazione del carotene nell'organismo vivente avvenga nel sangue.

LA VITAMINA B.

B. C. P. JANSEN. Mediante l'uso dei classici agenti precipitanti, ha ottenuto dei cristalli in piccolisima quantità (30 mg.) SEIDEL, invece, ha ritenuto più conveniente procedere alla purificazione mediante benzolo ed ha ottenuto della sostanza in quantità maggiore di quella di Jansen, (ma però non in forma cristallina) e l'ha trovata molto attiva. Egli ritiene che con la combinazione dei due metodi si possa arrivare a migliori risultati.

R. A. PETERS ritiene che la soluzione del problema della vitamina B deve essere ottenuta dal punto di vista fisiologico. Nella vitamina B, vi sono diversi prodotti ad attività diverse, fra cui quelli indicati con B_1 e B_4; il primo si trova nei cristalli di Jansen e può essere separato quasi completamente da B_4 mediante la distillazione con carbone, mentre invece non è possibile separare del tutto B_4 da B_1.

Concludendo, il Presidente G. Hopkins ha osservato che è un segno favorevole il fatto che, simultaneamente da tre diversi laboratori si è annunciata la scoperta dei cristalli di vitamina D; si può quindi ritenere che ci avviciniamo alla mèta e che, anche per le altre vitamine si possono nutrire buone speranze per l'isolamento e la più approfondita conoscenza chimica. *fil.*

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE.

R. BOMPIANI. *Eugenica e Stirpe*. Con 8 grafici intercalati e 2 tavole fuori testo. Prefazione del Prof. Sen. PESTALOZZA. Roma 1931. Ed. L. Pozzi, Roma. L. 25.

L'*eugenica* od *eugenetica* è uno di quegli argomenti, di cui tutti bene od a sproposito amano parlare, ma se vi fate sotto ai vari interlocutori per sapere quali idee abbiano in proposito, vi accorgete subito che sono in pochi a possederne di chiare e precise.

Gli è che questa giovane scienza è inquinata di troppi concetti nebulosi e di troppe ideologie strampalate, provenienti d'oltr'alpe e d'oltre oceano, e che ripugnano alla mentalità ed anche all'etica di noi latini.

È da salutarsi quindi con vero compiacimento un libro, quale questo di Bompiani, materiato di soda cultura, ma anche di buon senso e di equilibrio costante, le quali doti contano in tale materia assai più che non lo sfoggio di cognizioni scientifiche.

Esposti i principi generali dell'eugenica e fatte le opportune distinzioni fra eugenica preventiva e selettiva, l'A. tratta le eredità patologiche più importanti dal punto di vista demografico ed eugenico, passando in rassegna le malattie congenite ereditarie e famigliari (sifilide, tubercolosi, alcoolismo, malaria, malattie nervose e mentali). Passa quindi a considerare i fattori legati alla funzione di maternità, che possono avere influenza sul problema demografico ed eugenico, e con chiarezza commendevole illustra i rapporti fra costituzione ed eugenica.

Altri capitoli sono dedicati alle modificazioni dell'organismo femminile nell'età pubere, allo sviluppo dell'apparato genitale dalla nascita all'età della vita sessuale, allo sviluppo del bacino, ed alle cause, che possono alterarne l'evoluzione, allo sviluppo delle mammelle, ecc.

Chiudono il lavoro gli importanti capitoli sull'igiene e la profilassi ginecologica dalla nascita all'età della vita sessuale in rapporto alla funzione di maternità, sul lavoro stipendiato e salariato, specie nell'età dello sviluppo, sulla profilassi morale del matrimonio e sulla disciplina nella vita della giovane, che si appresta a divenir madre.

L'A., ben noto agli studiosi anche per la precedente monografia su « L'età pubere nella donna », ha voluto presentare il proprio lavoro come un corso di lezioni fatte per conto dell'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia allo scopo di preparare un primo nucleo di consultori ostetrici destinati agli ambulatori provinciali dell'Opera stessa, ma ben si può dire che la serietà de' suoi intenti abbiano impresso all'opera i caratteri di un vero trattato di eugenica.

Già il piano sovraesposto dimostra l'ampiezza ed anche la giusta misura, colla quale l'argomento è stato svolto, ma anche scendendo all'esame delle varie parti si possono trovare per es. i capitoli sulle costituzioni, sulla eredità sifilitica e tubercolare ecc. dove sono discusse ampiamente tali questioni al lume delle più moderne vedute.

Il libro del Bompiani, edito colla solita signorile eleganza dalla casa Pozzi, per la forma piana, con cui è redatto, può essere letto o consultato con profitto da medici e non medici, e gioverà non poco a chiarire i concetti vigenti in materia di eugenica.

Ci preme infine segnalare un altro non indifferente merito dell'A., quello cioè di aver dato il più largo posto nelle note bibliografiche ai lavori italiani. Se questa abitudine si diffondesse, sarebbe il migliore contributo alla rivendicazione della scienza nostra.

Prof. ODORICO VIANA.

CENNI BIBLIOGRAFICI

CHEVAL e DUSTIN. *Théorie et pratique de la télécuriéthérapie.* Masson, ed., 1931 Frs. 34.

In questo libro gli AA. (di cui uno, il Dustin, è il capo del servizio anticanceroso dell'Università di Bruxelles) hanno voluto raccogliere tutti i dati concernenti questo metodo di cura col radium che oggi va prendendo sempre più piede. Condizione prima per praticare la radiumterapia a distanza è di possedere una quantità di radium non indifferente: l'apparecchio per cura di radium a distanza impiegato dagli AA. è costituito da 20 tubi di 200 milligrammi di radio elemento (circa in tutto 4 grammi; sette grammi e mezzo di bromuro di sodio come equivalenza in sale).

Descritto l'apparecchio da loro usato le cui modalità sono bene rilevabili in alcune figure gli AA. trattano dell'azione biologica del radium sui tessuti sani e sui tessuti maligni e passano quindi a discutere i risultati che si possono ottenere con la telecurieterapia nei cancri esofagei, nei tumori del collo dell'utero, nei cancri della mammella, del retto ecc. Documentazione istopatologica interessante alla fine del libro.

Il libro raccoglie in piccola mole tutte le nozioni più importanti sull'argomento che è di attualità.

E. MILANI.

LYSHLOM. *Apparatus and technique for Roentgen examination of the skull.* Supplemento agli « Acta Radiologica ». Kungl. Boktryokeriet. Norstedt e Soener. Stoccolma, 1931.

Monografia di carattere puramente radiologico: in breve mole, coll'aiuto di schemi, radiogrammi e calchi su radiogrammi l'A. — già noto per molte pubblicazioni sull'argomento e per alcuni apparecchi centratori e fissatori per l'esame radiografico del cranio — riporta le note fondamentali di tecnica per la radiografia e per l'interpretazione dei radiogrammi del cranio nelle varie incidenze di esame.

E. MILANI.

L. LORTAT-JACOB et G. SOLENTE. *La cryothérapie.* Masson et Cie, Paris 1930, vol. di 246 pag. con 38 fig. Fr. 35.

Lortat-Jacob ha voluto con questo libro mettere alla portata di tutti i medici un metodo terapeutico nel quale egli è da lungo tempo specializzato, e che egli stesso ha reso razionale con l'introduzione del criocauterio. Con questo è possibile una tecnica precisa sì da rispondere alle esigenze terapeutiche più diverse.

Nella prima parte del volumetto Lortat-Jacob e Solente espongono gli effetti locali e generali delle applicazioni terapeutiche del freddo. Passano poi ad elencare le indicazioni della crioterapia in dermatologia e nelle altre specialità.

Anche se in pratica il campo di applicazione della terapia del freddo non è così esteso quale potrebbe sembrare al lettore del manualetto, è innegabile che il metodo merita di essere conosciuto nelle sue basi teorico-sperimentali e nelle sue possibilità di sfruttamento specie in terapia dermatologica.

M. MONACELLI.

LAZARUS. *Handbuck der gesamten Strahlenheilkunde.* 5° fascicolo. Bergmann, edit. 1931. Monaco. Marchi 45.

Con questo V fascicolo si completa il trattato di terapia del Lazarus, scritto con la collaborazione di radiologi di tutto il mondo: per l'Italia Milani e Meldolesi.

Il trattato del Lazarus comprende tutta la terapia, biologia e patologia delle affezioni suscettibili di un trattamento con i raggi X sia col radium sia con altri mezzi di cura. In questo V fascicolo sono contenuti i capitoli scritti da Holfelder (röntgenterapia delle infiammazioni e delle iperplasie); da Berwen (elettro endotermia); da Lazarus (impiego terapeutico degli elementi radioattivi).

Il trattato del Lazarus è stato giudicato come una opera perfetta e completa sotto tutti i punti di vista: trattato di consultazione ove ogni argomento è largamente sviscerato. Se ne annunziano già traduzioni in altre lingue: la traduzione spagnola è già iniziata. E. M.

A. VALLEBONA. *Esame radiologico dello stomaco e del duodeno.* Vol. di pagg. 341, con radiogrammi. Bologna, edit. Cappelli, 1931. L. 40.

Di un'altra bella monografia si arricchisce la letteratura radiologica italiana: il Vallebona della Scuola di Maragliano ha introdotto un

metodo combinato bario-gassoso fecondo di buoni risultati: fatto ingerire al paziente il solfato di bario in densa sospensione acquosa si somministrano le polveri effervescenti (4 di acido tartarico, 4 di bicarbonato) in scarsa acqua; è possiblie ottenere così non solo una distensione (blanda) dello stomaco ma è possibile studiare la superficie mucosa gastrica ricoperta da tenue strato di bario mentre la cavità gastrica è insufflata. Pur dando posto ai risultati che l'A. ha potuto ottenere con tale metodo, la materia riguardante lo stomaco e il duodeno è largamente e organicamente trattata: i lavori italiani sono largamente ricordati e il libro costituisce una monografia completa sull'argomento. E. MILANI.

ROUSSEAU e NYER. *La pratique de l'ionisation.* Volume in-8° di pag. 168 con 28 figure. Doin, ed., Frs. 32.

La ionizzazione o ionoterapia elettrica è un modo di cura del tutto nuovo le cui applicazioni pratiche si stanno giorno per giorno diffondendo sempre più. Il libro edito da Doin ha lo scopo di diffondere la pratica di questo metodo nuovo e di farne conoscere le applicazioni in medicina e chirurgia; ad es. nelle algie di origine nervosa, muscolare o osteoarticolare, nelle sclerosi, nelle cicatrici, nelle retrazioni fibrose di varia natura.

Una prima parte del libro tratta della costituzione della materia, dell'energia elettrica e dei loro rapporti colla ionizzazione; una seconda parte tratta dell'elettrolisi nei tessuti viventi; la terza parte la pratica della ionizzazione (soluzioni e apparecchi; indicazioni della ionizzazione). Gli AA. riportano le storie di malati che si sono giovati di questo metodo di cura il quale trova la sua indicazione non solo nelle nevralgie, nella gotta, nelle affezioni cutanee diverse ma anche nelle uretriti, nelle affezioni del naso, nelle affezioni oculari ecc.

M. E.

G. PROTTI. *L'emoinnesto intramuscolare e le radiazioni vitali nella vecchiaia e nell'esaurimento.* Un vol. in-8° di 140 pag. con 7 tav. U. Hoepli ed. Milano, 1931. Prezzo L. 20.

« Il sangue », fa dire Goethe a Mefistofele, « è un liquido di proprietà singolari »; ora, la scienza moderna ci viene a dimostrare quanto gli antichi ed i poeti avevano divinato. L'A. ha messo, di fatto, in luce che esso emana delle radiazioni vitali che, più abbondanti nei giovani, vanno diminuendo verso la vecchiaia. Da ciò la pratica proposta dall'A. di inoculare nel vecchio e nell'esaurito (per via endomuscolare in cui l'assorbimento è più lento) del sangue di giovani, che libererebbe degli elettroni capaci di agire beneficamente sul complesso del ricambio cellulare e di stimolare l'attività di tutti gli organi ghiandolari.

L'A. documenta le sue osservazioni, sia con fotografie delle radiazioni vitali, sia con storie cliniche dei successi ottenuti mediante iniezione di sangue (una serie di 5, a 10-20 cmc. per volta). Avremmo quindi una nuova forma di ringiovanimento, a cui, secondo l'A., non può mancare l'avvenire.

Il libro è presentato da una lusinghiera prefazione del Prof. B. Schiassi. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Lancisiana di Roma.

Seduta ordinaria del 9 luglio 1931.

Cura della cangrena polmonare.

Prof. U. ARCANGELI. — L'O. nota la maggiore frequenza della malattia e la necessità di una rapida diagnosi e di una cura energica. Utilissimo l'esame radiologico. Come cura medicamentosa utilissimo il neosalvarsan per via endovenosa a dosi medie ed elevate, specialmente se nello sputo sono spirilli ed in sifilitici: meno utile trovò l'emetina. Non da trascurarsi i balsamici, le inalazioni di soluzioni deboli di sublimato corrosivo, le fumigazioni di trementina. Buona la cura con la sete; da non trascurarsi la permanenza del malato in posizione che facilita l'espettorazione. Utili le instillazioni intratracheali di olio gomenolato: nessuna esperienza personale nella broncoscopia ed aspirazione del liquame, scarsa esperienza del siero anticangrenoso: l'autovaccino dello sputo da tentarsi sempre, innocuo e talora utile, specie nei casi protratti.

Buoni effetti in genere dal pneumotorace terapeutico, malgrado gli eventuali pericoli: nessuna esperienza personale dell'oleotorace nè della frenicotomia. Necessario spesso l'intervento chirurgico: nella cangrena rapida, nelle cangrene con perforazione della pleura con pleurite icorosa, nelle caverne con aderenze pleuriche, negli ascessi cronici chiusi: consiglia non tardare troppo ad operare, malgrado i pericoli dell'operazione tra i quali l'embolia cerebrale.

Crede che i progressi nell'avvenire fondino sull'accurato studio batteriologico, nella determinazione dell'agente causale nei singoli casi sulle cure specifiche chemioterapiche, sieroterapiche e vaccinoterapiche in relazione agli agenti patogeni.

Le direttive nella cura dell'aborto alla Maternità di S. Giovanni in Roma.

Dott. V. DONADIO. — Nella Maternità di S. Giovanni in Roma già da moltissimi anni lo svuotamento dell'utero abortivo si pratica solo col metodo digitale, proscrivendo nel modo più assoluto ogni forma di raschiamento. Si fa un confronto fra gli esiti del metodo strumentale e del metodo digitale. Si espongono i risultati ottenuti col trattamento digitale in 507 casi di aborto ricoverati a S. Giovanni negli ultimi 15 mesi, e la massima parte (circa 400) trattati direttamente dall'O.

Actinomicosi polmonare con metastasi ascessuale.

Dott. A. STARNA. — L'O. riferisce sopra un caso di actinomicosi polmonare con metastasi asces-

suale. Descritto il caso clinico ritiene in base a dati statistici messi in rapporto con la grande diffusione di tale micosi in natura, come questa affezione debba essere più frequente di quanto non si creda abitualmente.

Richiama quindi l'attenzione sulla differenza anatomo-clinica tra il granuloma polmonare che spesso simula una pleurite e le metastasi a tipo prevalentemente essudativo. A proposito della ricerca dei classici granuli gialli nell'espettorato e negli ascessi contesta la loro costante presenza nei casi in esame a differenza dell'actinomicosi cutanea anche perchè spesso si tratta di altre varietà di micosi. Ciò spiega anche l'insuccesso delle cure iodiche e l'O. augura che si possano ottenere migliori risultati quando con i nuovi mezzi diagnostici a disposizione del medico tale malattia sarà diagnosticata precocemente.

Il Segretario: A. D'AVACK.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 19 giugno 1931.

Presidente: Prof. A. FERRATA.

Contributo allo studio della splenocontrattilità.

Dott. D. VIOLA. — L'O., con tre stimoli diversi (azione del freddo, lavoro muscolare, azione della adrenalina), osservò nell'uomo provocarsi accessi febbrili di accertata natura malarica. Attribuisce gli accessi febbrili alla splenocontrazione di cui ricorda l'importanza fisiologica.

Contributo allo studio clinico ed anatomo-patologico dei tumori delle vie biliari.

G. CALLERIO. — L'O. espone i dati riguardanti due casi clinici di tumori delle vie biliari controllati al tavolo anatomico e richiama l'attenzione sull'importanza che può avere in questi casi il dosaggio delle sostanze grasse nelle feci per la localizzazione della lesione lungo le vie biliari.

Influenza del batteriofago sulla azione emolitica del bacillo del tifo.

L. BIANCHI e C. CALLERIO. — Studio tratto da 166 ceppi di tifo, isolati dal sangue di ammalati mediante emocultura in brodo-bile di bue.

Sull'ulcera extrabulbare del duodeno.

G. BIGNAMI. — L'O., rilevate le ragioni per le quali il radiologo, di fronte al sospetto clinico di un'ulcera duodenale, è portato a fissare abitualmente la sua attenzione al tratto bulbare, esamina, sulla scorta della casistica personale (7 osservazioni) e dei pochi contributi della letteratura, le manifestazioni radiologiche dell'ulcera extrabulbare del duodeno.

Osserva quindi che alla stessa guisa di quanto accade per lo stomaco e per il bulbo, il quadro radiologico si presenta anche in questa sede, almeno in un certo numero di casi, assai mutevole, potendo i restringimenti, gli spasmi e le dilatazioni in essi riscontrati nella regione dell'ulcera anche mancare o modificarsi nel corso dell'indagine o presentarsi pure in conseguenza di altri processi morbosi interessanti il duodeno.

Conclude perciò infine affermando come pure per il diagnostico di ulcera extrabulbare del duodeno si debba attribuire valore assoluto soltanto al segno di nicchia, mentre alle altre manifestazioni sopra elencate non sia in genere prudente assegnare un significato superiore a quello di sintomi secondari, integrativi, tanto più validi quanto più completi ed in armonia coi dati clinici.

Il Segretario: P. INTROZZI.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 25 giugno 1931.

Presidente: Prof. I. CAPPELLI.

L'idiosincrasia, suo interesse scientifico e pratico.

Prof. P. NICCOLINI. — Rilevata l'importanza pratica che ha lo studio della Idiosincrasia, cerca di riassumere, sulla base delle osservazioni cliniche, le deduzioni teoriche relative a questa particolare forma di malattia allergica, come deve esser considerata.

Si sofferma a valutare la necessità e l'importanza delle cause predisponenti e determinanti, alcune delle quali cerca di mettere in evidenza sulla scorta delle osservazioni cliniche riferite.

Passa poi a parlare del quadro clinico, sia nelle forme generalizzate, sia in quelle che sono localizzate a particolari tessuti, e spesso solo a piccoli tratti di un determinato tessuto, rilevando così la prevalente natura istogena del processo.

Discute sulla scarsa utilità per gli scopi diagnostici in campo idiosincrasico, che possono avere, tanto la prova dell'innesto, come quella della trasportabilità passiva, dando le ragioni dello scarso valore di queste prove per quelle che si riferiscono alla idiosincrasia.

Infine accenna alla profilassi per oggi quasi impossibile in modo esatto, per la quale non vi è attualmente di meglio che affidarsi alla prudenza.

Quanto alla terapia ricorda le forme di desensibilizzazione generica e specifica, che vengono qui applicate più per l'analogia con malattie affini, che non a ragione veduta, ed attribuisce a questo la mediocre attività di tali metodi applicati alla idiosincrasia. Accenna ad una recente, ma non ancora controllata proposta di una terapia più specifica in merito, che si fonderebbe su reazioni che possono avvenire fra il sangue dell'idiosincrasico è la sostanza agente anche in vitro, e che perderebbe per tal modo il potere di determinare la reazione.

Seduta del 9 luglio 1931.

Rara estrinsecazione di ascesso polmonare.

Dott. A. RONCATO. — L'O. riferisce un caso di ascesso polmonare che si è estrinsecato all'esterno nella fossa clavicolare destra.

Di un raro disturbo motorio involontario nella marcia di un amiostatico.

Dott. R. BENELLI. — Viene segnalato un movimento abnorme dell'arto inferiore destro durante la marcia di un amiostatico, movimento che rassomiglia a quello dell'arrotino. L'O. crede che tale scossa flessoria dei muscoli dell'arto non sia dovuta al « rigor » od ipertonia plastica, ma piuttosto alla paresi extrapiramidale, che ha il carattere di essere dissociata come i riflessi tendinei e colpisce, non già l'intero sistema muscolare dell'arto, ma piuttosto un dato gruppo muscolare, flessorio ed estensorio.

Il mal rossino umano come malattia professionale.

Prof. M. DECHIGI. — L'O. riferisce su due casi di mal rossino umano, osservati nella Venezia Tridentina in un medico veterinario ed in un macellaio, con reperto batteriologico da bac. erysipelatis suis. Uno dei casi si presentò prima ad andamento acuto e poi cronico; ebbe, ad onta della sieroterapia, due recidive. Ricollega il problema etiologico umano a quello animale facendo quindi risaltare i fattori professionali di questa infezione erisipelatoide con una serie di considerazioni d'ordine diagnostico ed igienico.

La pressione media, nuovo valore sfigmomanometrico.

Prof. M. VOLTERRA. — L'O. riferisce su ricerche cliniche da lui condotte onde controllare ed estendere le ricerche comunicate a partire dal febbraio di quest'anno dalla Scuola di Vaquez. La pressione arteriosa media, che si stabilisce con i metodi oscillometrici, non è la media aritmetica fra le pressioni estreme, ma esprime il valore di quella pressione costante che assicurerebbe lo stesso scarico vasale che la pressione variabile che vi regna. L'O. riferisce delle sue ricerche condotte su soggetti normali nei vari territori arteriosi, dopo gli sforzi, che, negli ipotesi, nei cardiopatici, negli ipertesi sia del tipo essenziale che renale adducendo esempi e confrontando i propri reperti con quelli degli AA. francesi. Discute brevemente del significato teorico di questo valore sfigmomanometrico nuovamente introdotto in clinica e accenna all'influenza che i medicamenti hanno sulla pressione media.

Il dott. A. BILLI descrive *un contributo allo studio delle fratture monocondiloidee del femore.*

Sopra un caso operato di aneurisma artero-venoso posttraumatico tardivo della femorale superficiale.

Dott. R. PAZZAGLI. — Presenta un uomo di 37 anni nel quale, in seguito ad una ferita da arma da fuoco riportata in guerra nel 1916, si era costituita una tumefazione fra la vena e l'arteria femorale di D., al terzo medio.

A 15 anni di distanza si era avuto un distacco parziale delle vecchie aderenze intervasali attorno alla fistola artero-venosa, con formazione rapida di un enorme ematoma pulsante perivasale.

Operato prima di allacciatura della femorale, e successivamente di resezione dei tratti vasali lesi, si era avuta perfetta *restitutio ad integrum* nella funzionalità e nel trofismo dell'arto.

L'O. mette in rilievo l'importanza medico-legale dell'osservazione e l'opportunità del procedimento operatorio seguito.

Il dott. F. PESCATORI descrive *due casi di malformazione congenita del fegato.*

Il prof. M. DECHIGI e il dott. I. GORRIERI riferiscono *dei studi sulla flora batterica del suolo.*

Le reazioni della bilirubinemia in rapporto con l'alimentazione nell'uomo.

Prof. A. MONTANARI e dott. E. BRACALONI. — Gli OO. hanno ricercato le variazioni della bilirubinemia dopo 5 ore dalla assunzione di un pasto misto normale, in 20 malati per lo più convalescenti ed esenti da malattie con alterazioni della bilirubinemia e da malattie del tubo gastroenterico. Essi hanno trovato dopo il pasto una diminuzione della bilirubinemia, la quale è stata costante ed è stata in media in via assoluta di mmgr. 0,00083 per cmc. di siero e in via relativa al valore della bilirubinemia immediatamente prima del pasto, del 26 %.

Il prof. A. MONTANARI e il dott. E. BRACALONI riferiscono circa *ricerche sul luogo di formazione della bilirubina.*

I Segretari: L. PICCHI-P. NICCOLINI.

Società Italiana di Pediatria

(Sezione Piemontese).

CONVEGNO INTERREGIONALE DI IVREA.

Seduta del 17 maggio 1931.

Presiede il Prof. G. B. ALLARIA.

Il prof. G. BELLONI riferisce su *note epidemiologiche sulla difterite in Milano.*

Il dott. V. DE BENEDETTI riferisce *su un caso di ittero semplice (catarrale) in un lattante.*

Il dott. V. ORTOLEVA parla *di un caso di linfosarcomalosi del mediastino.*

Sulla terapia dell'empiema metapneumonico nell'infanzia.

Prof. A. MACCHI. — L'O. riporta dalle numerose ricerche condotte nella clinica di Milano, su empiematosi trattati con i più recenti metodi di cura, le seguenti conclusioni:

Stabilita innanzi tutto la precisa diagnosi eziologica, bisogna preoccuparsi del periodo della durata della raccolta purulenta intrapleurica, dipendendo in massima parte da questo il successo o meno di una cura o l'indicazione di una cura rispetto ad un'altra.

I casi furono trattati sia con l'autopioterapia, che con introduzioni intrapleuriche di soluzioni di taurocolato (metodo di Cocchi), sia con l'autovaccinoterapia, sia con questa associata allo svuotamento chirurgico del cavo pleurico con la semplice pleurotomia. Tutti questi metodi usati dettero in qualche caso buoni risultati, in altri i risultati furono scarsi, tanto da doversi in secondo tempo procedere all'atto chirurgico.

Secondo l'O. la terapia col taurocolato è efficace quando ci si trovi di fronte ad un empiema recente, con scarsa formazione di pus; quando cioè il pneumococco è ancora virulento. In tali casi, svuotando a giorni alterni il cavo pleurico, ed introducendo dosi progressive di taurocolato di sodio si arriva in breve tempo alla guarigione clinica. Tale metodo, usato su empiemi di vecchia data, ha dato risultati ridotti.

Negli empiemi pneumococcici di data recente pure buoni risultati ha dato la autovaccinoterapia, sia usata per iniezioni parenterali, sia per introduzioni intrapleuriche, in seguito a parziale evacuazione del pus pleurico stesso. Anche questo metodo si dimostra meno efficace negli empiemi di vecchia data.

In questi ultimi, i migliori risultati si sono ottenuti con la pleurotomia, associata ad una autovaccinoterapia.

L'O. conclude dalle sue ricerche che per l'empiema metapneumonico pneumococcico non si possa adottare un'unica terapia, ma che questa debba variare da caso a caso, in rapporto alla data d'insorgenza del processo suppurativo e in rapporto alla quantità della raccolta pleurica e allo stato allergico del malato. Ricorda come una vaccinoterapia specifica durante il processo pneumonico acuto abbia una notevole efficacia nell'impedire la secondaria comparsa di pleuriti purulente.

Il dott. B. MUSSA fa *alcune considerazioni su di un caso di ittiosi congenita.*

Il prof. F. ZIBORDI riferisce *sul rapporto tra parotiti e tasso glicemico (ricerche sperimentali).*

Ricerche sulla razione alimentare di bambini in una comunità.

Dott. A. LUCCA. — L'O. ha eseguito ricerche tendenti a stabilire, in modo esatto e completo, il contenuto in alimenti semplici, in acqua, sali e valore calorico di vivande già cucinate, pronte per l'uso e già distribuite in una comunità infantile.

Dal confronto con la razione alimentare teorica calcolata, risulta una deficienza sia nelle calorie totali somministrate globalmente, sia nella quantità di proteine e, specialmente, di grassi. Fu pure notata una forte monotonia nella dietetica e una scarsità di vegetali e frutta.

Le manifestazioni nervose nella epidemia influenzale del 1931.

Dott. prof. P. FORNARA. — L'O., messa in evidenza la difficoltà della diagnosi di influenza all'infuori dei periodi epidemici, accenna alle questioni inerenti ai rapporti tra encefalite epidemica ed influenza, tra para-encefaliti ed influenza. Stabilita la distinzione già nettamente posta tra encefalite epidemica e la rara encefalite emorragica influenzale, stabilita la impossibilità di potere — con argomenti sufficienti — ravvicinare i casi di para-encefaliti e manifestazioni diverse con influenza, nella eventualità (che è la regola) che non si tratti di influenza epidemica, l'O. mette in evidenza la rarità delle vere e proprie manifestazioni encefaliche nelle ultime epidemie influenzali. Prendendo in considerazione la epidemia influenzale osservata nei mesi di febbraio, marzo 1931, l'O. fa notare l'assenza in questo periodo di casi di para-encefalite quali si erano osservati nei mesi di settembre, ottobre, novembre e dicembre 1930; invece durante il periodo della epidemia influenzale ed in rapporto con questa influenza l'O. osservò: un caso di tremore cerebrale acuto nel corso di una polmonite influenzale in un lattante; un caso di polmonite osservato dopo un'influenza tipica in un ragazzo ottenne, in cui fu possibile escludere un'origine difterica ed in cui vi era una breve ma netta reazione meningea e che guarì perfettamente; e tre casi in cui, dopo l'influenza comparve una paraparesi a tipo spastico, con riflessi rotulei vivacissimi e con Babinski, talora con piccoli sintomi cerebellari: il liquor in questi casi non presentava che alterazioni minime: tutti e tre i casi guarirono perfettamente in poche settimane, perdurando spesso la iperriflessia.

L'O. ravvicina questi casi ad altri simili da lui osservati in numero di cinque nel febbraio e marzo 1926 e allora comunicati come « casi contemporanei di disturbi nervosi a tipo di paraplegia spastica osservati recentemente in bambini », ed appunto allora da lui interpretati come probabilmente dovuti a una leuco-mielite influenzale. L'interesse di questi casi è oggi tanto maggiore, date le grandi discussioni che vertono in questi ultimi anni sulle cosidette forme basse dell'encefalite epidemica e sulle cosidette mieliti acute benigne a cui forse questi casi possono allacciarsi.

Contributo allo studio della patogenesi delle feci saponose.

Dott. G. JONA. — L'O., dopo avere passato in rivista le varie teorie patogenetiche della formazione delle feci saponose, ricorda il lavoro di Orgler, il quale avrebbe riscontrato una trasformazione di questo tipo di feci in feci normali con la somministrazione di coleretici (ac. deidrocolico).

Ricerche di controllo, eseguite dall'O., non hanno confermato i risultati dell'Orgler.

Ricordando che Czerny e Keller pensano trattarsi qui di una anomalia costituzionale dell'intestino, conclude giudicando questo interessante problema degno di ulteriori studi.

Su alcune cause del vomito nel lattante e terapia alimentare.

Prof. dott. ALBERTO MUGGIA. — Fra le numerosissime cause del vomito nel lattante non bisogna mai dimenticare che esso dipende abbastanza di frequente da alterazioni spasmodiche di alcune parti costituenti l'apparato gastrointestinale, quali l'esofago, il cardias, il piloro, ecc., che alla loro volta non rappresentano che uno dei fenomeni della costituzione nevrotica. Questo è importante conoscere per la terapia. L'O. cita il caso di una bambina di quattro mesi, allattata al seno materno, con vomiti insistenti dipendenti da spasmo esofageo ed insufficienza del cardias solo quando vi era una introduzione discreta di nutrimento; il che non avveniva se il liquido era scarso ed introdotto a brevi e regolari intervalli.

Solo l'alimentazione con latte vegetale di soya e poscia con decozione di riso molto zuccherato, unito a latte in polvere, potè far scomparire il vomito ed indi condurre la bambina in perfette condizioni di peso e di salute.

Il dott. C. CURRADO riferisce *su un caso di invaginazione intestinale acuta in un lattante.*

Il prof. dott. G. TACCONE parla di *alcune ricerche sperimentali sulla infezione tifoidea.*

Il dott. A. FOÀ riferisce *su due casi di diabete nell'infanzia.*

Il dott. BORRA espone *alcune caratteristiche del latte iodato.*

Il dott. E. LATTES riferisce *su alcune ricerche sul valore delle formole di Geldrich e di Hermann per lo stato di nutrizione del bambino.*

Il dott. L. GREPPI riferisce *su manifestazioni psichiche del periodo critico della polmonite lobare infantile.*

Il Segretario: Dott. G. SALVETTI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Miomatosi generalizzata dell'intestino crasso associata a megacolon.

Canonne (*Rev. d. Chir.*, n. 10, 1930) ne riporta un caso, che pare sia il primo del genere descritto nella letteratura.

Il caso riguarda una donna di 36 anni che fin da bambina era affetta da stitichezza ostinata e che solo da pochi mesi presentava astenia, nausea, vomiti, dimagrimento, e si era accorta della presenza di due masse dure, indolenti nel basso ventre e nell'ipocondrio sinistro.

All'E. O. le due masse si presentano dure, mobili, indolenti, a limiti netti e quella superiore presenta in certi tratti una consistenza meno dura, pastosa, sui quali la pressione digitale produce una deformazione persistente. In base a questo carattere (segno di Hofmokl) fu pensato alla possibilità che si trattasse di fecalomi. Esplorazione rettale ed esame ginecologico negativo. Nulla a carico dell'apparato urinario. Lavaggi ripetuti e purganti non modificarono l'aspetto dei fecalomi. Alla radioscopia con clisma opaco si ha il quadro tipico di un megacolon con due zone di minore opacità in corrispondenza dei fecalomi. Il colon nei vari tratti misura da 12 a 15 cm. di diametro.

All'intervento si trovò la parete del crasso disseminata di piccoli nodi biancastri, duri, che a livello del sigma assumevano una disposizione anulare stenostante. Fu praticata una colectomia totale e una ileo-sigmoidostomia in più tempi. Guarigione.

Esame istologico dei nodi: leiomioma senza alcun carattere di malignità.

Il caso è interessante oltre che per il reperto raro di una disseminazione dei noduli leimiomatosi, anche per la coesistenza del megacolon che l'A. interpreta come secondario alla alterazione della parete intestinale disseminata di nodi neoplastici e alla stenosi prodotta da un gruppo di questi a livello del sigma.

G. Pacetto.

Contusioni duodenali.

Il duodeno è colpito raramente dai traumatismi che interessano la parete addominale. Le lesioni si possono produrre con il meccanismo delle flessioni, dello strappamento e della compressione; in genere è più frequente la compressione. Delle tuniche duodenali la più resistente è la sierosa.

I punti meno colpiti corrispondono alla flessura duodeno-digiunale e alla prima porzione del duodeno; in un quarto dei casi la rottura è retroperitoneale.

Per la sede anatomica la lesione del duodeno è raramente unica, di solito si accompagna a lesioni dello stomaco, del colon, ecc.

Nei due casi che vengono descritti da W. Sudhoff (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 164, pag. 812, 1931) si trattava di una contusione del duodeno senza rottura totale del duodeno ed esistevano lesioni concomitanti del pancreas dello stomaco e del colon. In uno dei casi citati la lesione risaliva a un anno prima e si era formata una raccolta circoscritta sottoepatica. La causa delle contrazioni era stata una caduta da bicicletta; l'estremo del manubrio aveva urtato violentemente contro il quadrante superiore destro dell'addome.

La diagnosi generalmente è di rottura di un'ansa intestinale, è all'intervento che l'esplorazione del duodeno permette di accertarne la lesione.

È stata proposta come cura in alcuni casi la resezione o la gastroenterostomia, nei due casi venuti a guarigione fu praticata la chiusura della perforazione e la fissazione nella sutura di un lembo peduncolato del grande omento.

Per le condizioni generali gravi di questi malati occorre limitarsi alle manovre più rapide e più facili; solo nei casi in cui la chiusura della perforazione porta a una stenosi duodenale serrata occorrerà aggiungere una gastrodigiunostomia.

P. Valdoni.

Le ulcere dello stomaco perforato in seguito a traumatismo addominale esterno.

Ménégaux. (*Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, n. 16, 24 maggio 1930) illustra un caso verificatosi in un uomo di 45 a., il quale, guidando un automobile, nel corso di una collisione, fu proiettato sul volante, che colpì l'addome. Seguì vivo dolore, rapidamente accrescentesi; di poi sindrome addominale gradualmente accentuantesi. Operato 20 ore dopo il trauma si rinvennero le note di una peritonite acuta, con una perforazione lenticolare sulla faccia anteriore del piloro in mezzo ad una zona di indurimento della parete. Sutura della perforazione e gastroenterostomia post-transmesocolica.

Drenaggio soprapubico del cul di sacco del Douglas.

Nessun precedente di sofferenze gastriche risultava nella storia del paziente.

Le perforazioni di ulcera gastrica per traumatismo addominale esterno sono rare.

Tra le poche osservazioni pubblicate soltanto 7 offrono dati sufficienti per uno studio particolareggiato (osservazioni di Lennander, Murphy Powers). Sempre il trauma fu molto violento.

Su 7 ammalati 6 non avevano presentato disturbi gastrici prima del traumatismo. Mancano rilievi anatomo-patologici dell'ulcera, non essendo stato asportato nessun pezzo. La perforazione si può spiegare più facilmente con lo sforzo delle pareti di difesa al traumatismo. Infatti in tutti i malati mancarono ecchimosi viscerali od altre lesioni causate dal trauma diretto, per poter far pensare ad un'azione diretta del trauma.

Tale perforazione rientrerebbe nel gruppo di quelle che si verificano in ulcere, per il semplice sforzo.

Delle 7 osservazioni 4 guarirono. Dei 3 morti uno non fu operato. Dei 2 operati venuti a morte uno fu operato 36 ore dopo il trauma, e l'altro dopo 6 giorni con semplice drenaggio peritoneale. In genere riguardo alla prognosi si hanno le stesse condizioni che nelle ulcere gastriche semplici perforanti. Più precoce è l'operazione, più numerose sono le guarigioni.

V. JURA.

Nuovi risultati nella diagnosi e terapia delle malattie dello stomaco.

Henning (*Med. Klin.*, n. 8, 1931) ricorda quale aiuto diagnostico abbia portato lo studio frazionato del chimismo gastrico, con la conoscenza delle varie curve di acidità, ottenute dall'esame frazionato; si ricordi, tra queste, la cosidetta curva rampicante « Kletterkurve » in cui i maggiori valori di acidità sono raggiunti gradatamente, e che va considerata come l'espressione di uno stato di eccitazione della regione prepilorica.

Lo studio dell'anacidità (nei cancri, nelle vecchie ulceri, nelle malattie della cistifellea, nelle gastriti croniche, ecc.) poggia su due prove molto importanti: quella dell'istamina, introdotta nell'uso clinico da Kalk, e quella della gastrocromoscopia.

Per quanto riguarda la prima, la grande importanza che una volta le era ammessa è stata oggi smentita dai fatti, e non si può più dire che essa riesca con sicurezza a distinguere le forme organiche dalle funzionali, nè a darci un'idea sicura della morfologia della mucosa; solo serve a dividere le forme di achilia più leggere dalle più gravi.

La seconda prova consiste nella misurazione del tempo che passa tra l'iniezione di una sostanza colorante (il neutralrot) e la sua comparsa nel contenuto gastrico: esso sembra legato al comportamento vario della secrezione dell'acido cloridrico, ed è tanto più breve (eliminazione più rapida) quanto più alti sono i gradi d'acidità.

Altro ottimo mezzo d'esame è la gastroscopia che, affidata a mani prudenti ed esperte, non offre pericoli; essa ci fornisce ottimi elementi di diagnosi e precise indicazioni terapeutiche in casi di ulcera e di cancro, ed è superiore ad ogni altro mezzo della diagnosi di gastrite cronica, malattia tutt'altro che rara, e caratterizzata da intorbidamenti della superficie, manifestazioni ipertrofiche, alterazioni a carattere atrofico, grandi e piccole ulcerazioni.

Infine la radioscopia ha raffinato i suoi esami, e con lo studio delle pieghe gastriche, e con la seriografia ha permesso uno sviluppo notevole di ricerche, confermando, tra l'altro, la frequenza con cui la gastrite compare negli stomaci operati.

Al lume di queste ricerche sussidiarie, così perfezionate e tanto efficaci, le vecchie classiche anamnesi appaiono sovente ampiamente smentite.

I dolori da forme non sono patognomonici dell'ulcera duodenale, perchè si possono avere anche nella gastrica e nelle gastriti: lo stesso si dica della emorragie.

La terapia del cancro è ancor oggi esclusivamente chirurgica: per l'ulcera occorre mantenere il paziente ad una dieta adatta, sempre tenendo di conto l'uso generoso degli alcalini.

Ottima è l'alimentazione attraverso la sonda; di fronte ad una gastrite se ne combatterà la causa, quando si conosca: giovano le soluzioni d'argento da 1 1/4-2 ‰ ed i lavaggi gastrici: nelle achilie si dia l'acido cloridrico.

V. SERRA.

Il trattamento delle diarree croniche nell'adulto.

Nelle *forme infiammatorie*, tentare dapprima il trattamento antidissenterico (emetina, novarsol, treparsol, la pasta di Bavant: (Sottonitrato di bismuto, Polvere di carbone, Glicerina, Sciroppo semplice, ana g. 100; Ipeca, g. 4; 2-5 cucchiaini da caffè al giorno) ed eventualmente lo Yatren.

Molto più difficile è il trattamento delle retto-coliti ulcerose non dissenteriche, cura che si intraprenderà dopo tentata la prima. Sono stati preconizzati gli autovaccini, le medicazioni locali antisettiche al blu di metilene, al bismuto, all'olio gomenolato, al dermatolo, ecc. Il trattamento deve essere continuato a lungo e variando i diversi rimedî.

Diarree funzionali. Incominciare con la cura dei denti (eventualmente sostituzione); se la diarrea si suppone di origine gastrica si diminuirà la razione proteica e si prescriverà dell'acido cloridrico e della pepsina.

Nelle diarree da fermentazione ordinare un regime scarso in carboidrati; le diarrere grasse esigono un regime povero in grassi ed una medicazione a base di estratti biliari e pancreatici.

Lo sprue guarisce bene col regime lattofruttariano.

Nei casi mal definiti, seguire le regole generali e cioè:

1) *Igiene generale*. Riposo, preferibilmente in una casa di salute; alzarsi tardi, coricarsi presto, riposo dopo i pasti con applicazioni calde sul ventre.

Regime alimentare deve essere molto accurato; alimenti freschissimi, somministrati tiepidi, finamente divisi. Fra quelli proibiti: legumi verdi intieri, piselli, fagioli; insalate, frutta cruda, spezie, salami, selvaggina. Tra quelli permessi: riso, paste alimentari, patate, castagne, carni bianche, pollame, pesce fresco, gelatina di carne, prosciutto magro, ottima la gelatina di mirtillo.

Se il latte non è tollerato, tentare col kefir che è superiore allo yoghurt. Alcuni malati digeriscono bene le uova; queste soprattutto debbono essere freschissime. Lo zucchero è talvolta ben tollerato.

Il regime deve variare a seconda del periodo della malattia. Sul principio essere molto severo: acqua zuccherata e tè, secondo qualcuno può darsi la tapioca. Segue un secondo periodo di tentativi per vedere quali sono gli alimenti tollerati: cacao all'acqua, gelatine di carne; al terzo periodo, si aggiungeranno i carboidrati, le albumine ed i grassi, eliminando i nuovi alimenti ai primi sintomi (dolori, gas, aumento del numero delle scariche).

È necessario aggiungere delle vitamine (sugo di pomodoro, sedano crudo molto tenero).

Utili sono gli agenti fisici: idroterapia, applicazioni calde sul ventre; qualche piccolo clistere di 1/4-1/2 litro dato col goccia a goccia. Bensaude (*Journ. de méd. de Paris*, 26 giugno 1931) consiglia il clistere di amido (10-20 grammi in 250 di acqua).

Si vada molto cauti con gli agenti medicamentosi propriamente detti: sono stati tentati: le soluzioni saline (solfato di sodio a piccole dosi), i derivati del tannino, il bismuto, i preparati di calce. Il carbone, l'acido lattico e l'acido cloridrico possono dare buoni risultati.

Fra i medicamenti biologici, il kefir, i fermenti lattici liquidi; l'organoterapia prescrive gli estratti biliari, pancreatici, ovarici. Alcuni hanno trovato giovamento con gli autovaccini; in qualche caso di diarree profuse, è stato utile il cloruro di calcio per iniezioni endovenose.

Va curato anche l'elemento dolore con l'oppio (polvere, estratto, sciroppo) o la codeina (cg. 30 in 13 grammi di acqua di lauroceraso, X gocce 3-5 volte al giorno). *fil.*

L'emetina e la cura della colite amebica.

L'emetina rileva A. Reed (*The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, aprile 1931), è diventata un medicamento di uso comune nelle infezioni intestinali da protozoi e il suo uso si va estendendo ad altre malattie. Il suo uso imprudente può dare inconvenienti. L'avvelenamento da emetina dà disturbi gastrointestinali (salivazione, nausea, vomito), nervosi (neuriti, edemi) e circolatori (dispnea da sforzo, ipotensione, tachicardia, fibrillazione auricolare).

Per questi possibili disturbi la cura dell'amebiasi è una cosa delicata. Per prima cosa, la durata della cura deve essere di dieci o dodici settimane. Si comincia con una serie di sei iniezioni di cloridrato di emetina, facendo una iniezione ogni giorno di centigr. 6,5; poi per altri sei giorni si riduce la dose quotidiana alla metà. Non si devono superare complessivamente nei 12 giorni gli 80 centigrammi. Si dà poi lo stovarsolo (50 centigr. al giorno, in due volte), per 10 giorni.

Poi si dà per 7-10 giorni Yatren per bocca e per clistere successivamente una settimana di cura stricno-ferruginosa e dopo questa emetina e iodio per bocca per 6-7 giorni e poi di nuovo sei iniezioni di cloridrato di emetina in 6 giorni (3 centigr. al giorno).

In alcune forme di colite amebica cronica può essere utile l'appendicectomia con conseguenti abbondanti lavaggi intestinali.

R. LUSENA.

Il trattamento dell'anoressia funzionale.

Si potrà parlare di anoressia funzionale solamente allorquando un esame accurato del soggetto, compreso lo studio del sangue, urina e feci, potrà fare escludere l'esistenza di una causa organica.

S. Allison e P. Davies (*Lancet*, 25 aprile 1931) hanno avuto occasione di studiare 20 casi di tale anoressia, quasi in totalità presentatasi in donne, con media età di 33 anni. Di questi casi, 7 presentavano l'aspetto della anoressia nervosa tipica, con perdita d'appetito quasi completa, decadimento grave ed amenorrea.

Le forme modiche e transitorie rispondono in genere a misure semplici, quali il riposo o l'esercizio moderato e la somministrazione di amari prima del pasto.

Nei 20 casi considerati dagli AA., invece, fu necessario l'internamento in un luogo di cura.

In linea di massima è consigliato di attendere qualche giorno, prima di iniziare cura attiva, per tentare una psicoterapia che, talora, raggiunge il suo scopo.

La base del trattamento è fondata poi sullo studio di aumentare il cibo giornaliero in maniera congrua, riducendo in pari tempo al minimo il logorio delle energie.

Il paziente deve quindi essere tenuto in una stanza confortevole e ben riscaldata, restando parte della giornata in letto. La dieta, poi, sarà ordinata secondo la formula del Du Bois: Pe-

so in kg. 0,425 × altezza in cm. 0,725 × 71,84. cercando di provvedere, comunque, 25 calorie per kg. nelle 24 ore, secondo le tabelle dietetiche conosciute. Il cibo sarà gustoso, ricco di grassi, escludendo il caffè e il the, di nessun valore nutritivo, limitando il brodo, le insalate, i vegetali, e preferendo la preparazione liquida e semiliquida a quella solida.

Tra i medicinali, ad azione coadiuvante, gli AA. lodano: gli amari, specie la genziana e la noce vomica con acido idroclorico diluito; l'insulina, che non sempre tuttavia provoca aumento di appetito apprezzabile; gli estratti tiroidei.

Nei casi con pesantezza fastidiosa e persistente dopo i pasti, può essere provato il lavaggio gastrico, all'inizio giornaliero e, in seguito, ripetuto fino a tre volte al dì.

Talora, finalmente, può essere vantaggioso intercalare uno o due giorni di dieta ai giorni di alimentazione eseguita con le norme soprariferite.

I resultati ottenuti dagli AA. nei loro pazienti, sono esposti in apposita tabella.

M. FABERI.

Il tetracloruro di etilene nell'anchilostomiasi.

Risulta dalle ricerche di Ch. Garin, J. Rousset e B. Gauthier (*Journ. de méd. de Lyon*, 5 maggio 1931) che il tetracloruro di etilene, alla dose di 3-5 grammi al giorno durante tre giorni consecutivi costituisce a detta degli AA. stessi, il più potente antielmintico attualmente conosciuto contro l'anchilostoma.

Gli AA. hanno fatto uso soltanto di questo vermifugo per trattare i minatori che sono portatori di anchilostoma (circa 300); i risultati sono stati controllati: 1) mediante il conteggio dei vermi espulsi passando allo staccio tutte le feci emesse durante la cura e dopo il purgante finale; 2) la numerazione delle uova dopo il trattamento, fatto mediante l'esame microscopico dopo arricchimento, un mese dopo la cura.

Tali esami hanno dimostrato che, con il trattamento mediante il tetracloruro di etilene, si ottiene l'82,5 % di sparasitizzazione totale, risultato di molto superiore a quello ottenuto con il timolo.

Non è stato osservato nessun incidente; qualcuno ha accusato, subito dopo l'ingestione delle capsule, una sensazione di ebbrezza e di vertigine; per tale fatto, il rimedio non è stato somministrato agli individui tarati, specialmente ai cardio-epatici.

Gli esami quotidiani delle urine non hanno mai dimostrata la presenza di albumina. Il medicamento si elimina parzialmente con le urine, che prendono spesso un colore rosa-aranciato (invece del colore verde-nero che si ha dopo l'ingestione di timolo).

fil.

SEMEIOTICA.

Il rantolo orale negli ammalati di tubercolosi polmonare in cura di pneumotorace.

C. Baccarani (*Riv. Ospedaliera*, n. 3, 1931), dell'Ospedale Civile di Ancona, dopo aver ricordato in che cosa consiste il rantolo orale e descritto il modo di ascoltarlo, discute intorno al suo punto di origine e al modo di propagarsi.

Il rantolo orale, o rantolo del Galvagni, ha la sua origine da una caverna, viene condottato attraverso l'albero bronchiale, è rafforzato dalla cavità bucco-faringea che funziona da cassa di risonanza.

Il modo di comportarsi del rantolo orale nel pneumotorace varia da caso a caso: ogni soggetto esprime e specchia nel suo rantolo orale la particolare varietà o stato della lesione polmonare, dalla quale il rantolo orale trae nascimento.

In qualche caso fortunato il rantolo orale scompare dopo la prima puntura e rimane poi assente per tutta la durata della cura. Nella grande maggioranza degli ammalati il rantolo orale scompare solo dopo alcuni rifornimenti, cioè quando per l'azione meccanica del pneumotorace vengono rimosse le cause che mantenevano beante la caverna. Finalmente in non pochi ammalati l'ascoltazione orale rimane ostinatamente positiva anche dopo molto tempo — qualche anno — dall'inizio della cura. Ciò dipende o da aderenze tenaci in corrispondenza della sede della caverna o dall'essere la caverna circondata da una corazza di tessuto sclerotico o perchè la caverna è in sede che sfugge all'azione meccanica del pneumotorace, cioè verso l'ilo.

L'ascoltazione orale quindi non deve essere trascurata mai negli ammalati in cura di pneumotorace. Può portare un grande contributo alla interpretazione clinica e anatomo-patologica e intorno al modo di condurre la cura pneumotoracica.

In alcuni casi l'ascoltazione orale positiva è l'unico reparto di una caverna polmonare non colassata. Basterebbe questo solo fatto per dimostrare l'importanza pratica del rantolo orale.

u. b.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Il manganese negli alimenti.

L'associazione della cirrosi epatica coll'alcoolismo cronico è una nozione comune, ma però non si comprende ancora bene quale ne può essere il meccanismo. Gli Hurst hanno dimostrato che i sali di manganese producono la cirrosi nei conigli.

Bycott e Cameron (*The Lancet*, 1° novembre 1930) hanno osservato che molti bevitori ingeriscono quantità di manganese superiori a quelle che ingeriscono altri individui, e pen-

savano che ciò avvenisse colle salse, acciughe, ecc., che adoperano per eccitare l'appetito. Essi hanno dosato il manganese in numerosi alimenti ed hanno trovato invece che gli alimenti che ne contengono di più sono i vegetali e che quindi un vegetariano ha maggiore probabilità di ingerire quantità notevoli di manganese che non un forte bevitore.

R. LUSENA.

resenza e ripartizione del titanio tra gli animali.

Bertrand e Voronca-Spirt (*Annales de l'Inst. Pasteur*, luglio 1930) hanno ripreso le ricerche di Ries e di Baskewille che avevano trovato tracce di titanio nelle ossa e nella carne dell'uomo e del bue; utilizzando lo stesso metodo già seguito per le ricerche nel campo vegetale, gli AA. hanno osservato o frammenti di tessuti, o animali interi, allo scopo di ritrovarvi tracce di titanio. Nel cavallo, nel vitello, nel montone e nel maiale il fegato si è dimostrato l'organo più ricco di titanio; i muscoli invece l'organo più povero.

Nel coniglio tutti gli organi ne sono poverissimi, tranne la cute.

I pesci pure presentano tracce di titanio, e i molluschi anche di più; questo metallo va dunque considerato ormai come un elemento abituale della materia vivente.

V. SERRA.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. P. C. da S.:

Suggeriamo:

I. DUCNING. *Phlébites, tromboses et embolies post-operatoires.* Masson & C.ie, éditeurs, 120, Boulev. St. Germain, Paris. Fr. 60.

T. F.

Al dott. L. B. da R.:

Crediamo che si possa escludere un nesso patogenetico qualunque nel caso in specie, perchè troppo lungo è il tempo trascorso tra guarigione del piccolo patereccio e l'edema duro dell'arto superiore. Probabilmente si tratta di una causa differente che l'esame clinico del malato potrà mettere in evidenza. Fenomeni di stasi possono esser prodotti facilmente anche da fasciature strette applicate *ad hoc*.

P. VALDONI.

VARIA.

La fine di un apostolo del prolungamento della vita.

Il dott. Eugenio Lyman Fisk, direttore sanitario del « Life Extension Institute » di New York, è morto recentemente in Dresda (Germania), dove si era recato per visitare il « Museo d'igiene », ed organizzare le « mostre ambulanti d'igiene », il cui materiale anatomico è già esposto nelle sale dell'Istituto per il prolungamento della vita di New York.

Il dott. Fisk era un idealista, ma nello stesso tempo un attivissimo propagandista e realizzatore della campagna sistematica per la diffusione delle norme d'igiene.

Come di solito accade, prima fu deriso, poi aspramente combattuto, ed infine — solo due anni fa — potette raccogliere il plauso quasi unanime degli stessi colleghi e delle Società Mediche, da cui era stato violentemente avversato.

I suoi placidi occhi di apostolo rassegnato luccicavano di intensa gratitudine mentre mi raccontava che, in una delle più accese discussioni sull'indirizzo dell'Istituto per il prolungamento della vita, prevalse la serena e giusta parola di un medico italiano, che a New York tutti ricordano con stima ed affetto: il dott. Antonio Stella.

Il dott. Fisk dal 1890 entrò al servizio di società di assicurazioni sulla vita e per il primo organizzò un servizio di controllo periodico — non a scopo fiscale — della salute degli assicurati.

Nel 1914 riunì intorno a sè un nucleo di uomini generosi e di azione e fondò l'Istituto per il prolungamento della vita che — dopo alterne vicende — è giunto, per suo merito, all'attuale meraviglioso sviluppo, con più di 10.000 medici in servizio.

Quando si riuscirà ad organizzare in Italia — ed io spero fra non molto — qualche cosa di paragonabile, avremo un buon rimedio alla pletora dei medici e la migliore spinta, sia per i sanitarii che per i clienti, a seguire le moderne vedute ed i più recenti indirizzi della medicina preventiva.

Enorme è la quantità di scritti di propaganda igienica che il dott. Fisk ci lascia: ricorderò qui soltanto il suo articolo dal titolo « malattie silenziose », che particolarmente lo riguardavano. Egli difatti era un cardiorenale: aveva scovato il nemico che subdolamente minava la sua esistenza, ma egli non volle rassegnarsi al riposo fisico e mentale, che solo avrebbe potuto prolungare la sua preziosa vita.

Predicò bene solo per gli altri..., ed è morto sulla breccia, a Dresda, all'esposizione internazionale d'igiene.

Dopo più di quaranta anni di lavoro nei servizii sanitarii delle compagnie di assicurazione sulla vita e dopo più di quindici anni di lotte — qualche volta veramente acri — ha visto trionfare le sue teorie, ha visto accolto tutto il suo programma nella « grande campagna per la salute », che dal 1929 si va ripetendo con grande successo e vantaggio enorme non solo per il popolo ma anche... per il maggior lavoro e guadagno procurato ai sanitari tutti.

La vita del dott. Fisk è stata americanamente intensa; dobbiamo essergli grati d'aver segnato sempre con la sua opera costante e battagliera la mèta della medicina dell'avvenire: prevenire!

Magg. Med. G. PERILLI.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XXVI. - Concorso - Procedimento - Poteri della Commissione e facoltà dei concorrenti - Uguaglianza di condizioni - Inderogabilità.

Uno dei concorrenti all'ufficio di chirurgo primario degli ospedali di Roma doveva fare la prova di medicina operatoria quando, per interruzione della corrente elettrica, mancò la luce. La Commissione attese e poi chiese all'esaminando se preferiva il differimento della prova o la continuazione con lume a petrolio. Quegli rispose che desiderava di conoscere prima il tema, per decidere della possibilità di operare in condizioni di luce meno favorevoli.

La Commissione comunicò il tema e il candidato accettò di fare la prova.

Concluso il procedimento del concorso, l'Amministrazione ospedaliera nominò i primi tre graduati.

Quel concorrente deluso ricorse al Consiglio di Stato e, fra altro, dedusse che illegittimamente la Commissione aveva esercitato una pressione morale, inducendolo a fare la prova in condizioni obbiettivamente e per se stesse non idonee e meno favorevoli di quelle degli altri candidati, i quali avevano potuto operare di giorno o con illuminazione elettrica.

La V^a^ Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 30 maggio 1931 n. 333, respinte le eccezioni di inammissibilità, ha accolto il ricorso ed ha annullato la deliberazione di nomina per irregolarità del procedimento, che deve essere rinnovato integralmente, per tutti i concorrenti, compresevi le prove scritte, perchè il regolamento degli ospedali di Roma dispone che la lettura dello svolgimento dei temi e, quindi, la conoscenza dei candidati che ne sono autori deve seguire e non può precedere le prove pratiche.

Per i fini di questa nota informativa e dal punto di vista generale, che solo può interessare a chi è estraneo alla contesa, sono da segnalare le regole che la V^a^ Sezione del Consiglio di Stato ha ritenuto, autorevolmente, essere state violate: la Commissione non può abdicare alle sue facoltà di disposizione circa il procedimento del concorso, secondo le norme obbligatorie, e non può affidare all'arbitrio dei singoli interessati il giudizio di convenienza dell'applicazione o della modificazione di queste norme di condotta, sia pure in circostanze eccezionali; presupposto essenziale della legittimità del procedimento del concorso è la uguaglianza di tutte le condizioni, non essendo ammissibile che ad alcuno dei concorrenti sia fatta una situazione diversa e non essendo nemmeno valida l'accettazione di condizioni meno favorevoli, perchè lo scopo del concorso, cioè l'accertamento della capacità al fine della nomina del più idoneo, tende all'attuazione di un interesse amministrativo, pubblico; i singoli concorrenti sono protetti in quanto il loro interesse particolare coincida con quello dell'amministrazione ma essi non possono validamente rinunciare alla osservanza di norme e condizioni che sono necessarie al fine della valutazione assoluta e comparativa delle capacità e della scelta del più idoneo.

Queste sono le regole che il Consiglio di Stato ha riaffermato, con la sua decisione, della quale riportiamo la motivazione giuridica.

« Col secondo mezzo si deduce l'eccesso di potere per avere la Commissione omesso di adottare un provvedimento di sua competenza, per aver esercitato sul candidato una coercizione morale circa la scelta di una delle proposte soluzioni, e per avere comunicato la tesi di esame, rendendo con ciò indispensabile la scelta della seconda proposta che era più vantaggiosa al ricorrente.

« Tali denuncie sono, a giudizio di questo Collegio, pienamente fondate.

« Come è stato ampiamente esposto in narrativa, la Commissione, dopo avere inutilmente atteso il ritorno della luce elettrica, interpellò il candidato per conoscere se intendeva adottare una delle seguenti risoluzioni: o rinunciare ad essere esaminato in quella seduta e rientrare quindi nei futuri sorteggi, o eseguire l'esame col lume a petrolio.

« A prima vista l'operato della commissione potrebbe sembrare ragionevole e più consono agli interessi del candidato, dalla cui volontà si faceva dipendere la scelta di una delle due soluzioni proposte, ma tutto ben considerato il comportamento della commissione si appalesa illegale, in quanto viola due principii di ordine pubblico e inderogabile che regolano la materia dei concorsi e cioè: 1) che nulla deve essere lasciato all'arbitrio del candidato, dovendo tutte le operazioni del concorso svolgersi in conformità delle norme regolamentari e dei criteri di massima stabiliti dalla commissione; 2) che tutti i candidati devono compiere le loro operazioni in perfetta uguaglianza di trattamento.

« Nella specie l'uno e l'altro principio sono stati violati in quanto la Commissione, anzichè adottare un provvedimento di sua competenza, si è rimessa alla volontà del candidato e in quanto ha posto quest'ultimo in condizione di inferiorità di fronte a tutti gli altri candi-

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

dati, i quali hanno eseguito la prova sul cadavere o alla luce del sole, per quei gruppi che in tali condizioni operarono, o con la illuminazione elettrica per gli altri gruppi che operarono di sera, mentre il ricorrente fu indotto ad agire con illuminazione a petrolio.

« E che la responsabilità del fatto debba farsi risalire alla commissione e non imputarsi al candidato lo si desume dalla circostanza che la proposta di eseguire l'esame con lume a petrolio fu fatta direttamente dalla commissione stessa, la quale ben sapeva che il candidato si sarebbe in tal guisa trovato in condizione di inferiorità rispetto agli altri, e avrebbe quindi dovuto astenersi dal formularla.

« Le successive irregolarità furono una necessaria conseguenza della prima, imperocchè di fronte ad una proposta che moralmente impegnava il candidato ad accettarla, era logica la richiesta di costui di conoscere quali operazioni avrebbe dovuto eseguire con luce ridotta, ma non poteva essere consentita la comunicazione delle tesi, la cui conoscenza rendeva indissolubile il legame del candidato coi colleghi del proprio gruppo ed escludeva la possibilità del rinvio dell'esame ad altro giorno.

« Con ciò il candidato dovette accettare la più svantaggiosa delle soluzioni proposte e ad operare in condizioni tali da far presumere fin dal principio l'esito infelice della prova. Nè si deve dire che il candidato non può ora insorgere contro il suo operato, avendovi prestato acquiescenza, dappoichè di acquiescenza non è il caso di parlare dopo quanto è stato superiormente rilevato, mentre la eguaglianza di trattamento è una garanzia di pubblico interesse, alla quale non è dato derogare.

« In conclusione il Collegio ritiene che, in accoglimento di questo nuovo motivo, debbano annullarsi le operazioni della commissione riguardanti le prove pratiche, nonchè la graduatoria e la deliberazione di nomina dei vincitori del concorso ».

XXVII. - Riduzione dello stipendio per effetto del R. D. 23 giugno 1927 n. 1159.

La riduzione disposta dall'art. 3 del R. D. 23 giugno 1927 n. 1159 è applicabile anche *agli stipendi* degli impiegati che non percepiscono assegni per caroviveri o indennità temporanee?

Ha risposto affermativamente il Consiglio di Stato, sez. 1ª, con parere 17 febbraio 1931, ric. impiegati del Comune di Pisticci. Ma la Vª Sezione del Consiglio di Stato, in sede giurisdizionale, con decisione 27 febbraio 1931 ric. Arces, ha dichiarato che le riduzioni di indennità ed altri assegni a titolo di caro viveri degli impiegati degli enti locali non possono incidere anche le retribuzioni principali e permanenti, come lo stipendio e il salario.

Il contrasto tra la sezione consultiva e quella giurisdizionale è evidente.

Il parere 17 febbraio 1931 è pubblicato nel fascicolo VII dalla nostra rivista *Il diritto pubblico;* la decisione 27 febbraio è riportata nel fascicolo IV pag. 148 della stessa rivista, con nota adesiva alla risoluzione di essa (Ibidem pag. 138).

Il testo della legge, malgrado il difetto di precisione della formulazione letterale, induce a ritenere preferibile e meglio fondata, la interpretazione accolta dalla Vª Sezione del Consiglio di Stato, la quale è per altro conforme al precedente parere della Sezione prima, 4 aprile 1929.

È da ritenere, quindi, che il parere 17 febbraio 1931 rimanga isolato.

XXVIII. - Dimissione per fine di prova - Decorrenza - Provvedimento correttivo.

Il licenziamento per fine del periodo di prova deve essere deliberato almeno tre mesi prima, ma con effetti dalla data del compimento del biennio.

Se la continuazione biennale del rapporto di impiego non fosse possibile, per causa disciplinare, il Comune dovrebbe provvedere al licenziamento secondo le norme comuni.

Un medico condotto fu dimesso anticipatamente per fine del periodo di prova, e con effetti immediati.

Egli ricorse al Consiglio di Stato. Frattanto dovette lasciare il servizio. Il Podestà si avvide dell'errore e con successivo provvedimento deliberò la dimissione, ma con effetti dalla data del compimento del biennio e dispose il pagamento degli stipendi, pur non avendo il medico condotto prestato servizio. Anche contro questa deliberazione fu prodotto ricorso.

Ma il Consiglio di Stato, con decisione 17 aprile 1931 n. 226, ha dichiarato cessata la materia del contendere in rapporto al primo ricorso, perchè la deliberazione illegittima era stata sostituita dalla seconda e ha respinto l'altro, considerando che, pur avendo avuto esecuzione la prima deliberazione, il Podestà potesse modificare il provvedimento confermando la dimissione ma con effetti da una data diversa.

È da notare che la seconda deliberazione fu approvata tre mesi prima del compimento del biennio.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina, 14 - Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Problemi demografici attuali. Urbanesimo e ruralizzazione.

Problema complesso che, negli ultimi decenni si è venuto facendo sempre più assillante, questo dell'urbanesimo. Da un lato, le grandi città tentacolari che, col miraggio di più agevoli guadagni, di facili piaceri attirano le folle; dall'altro la campagna, unica e sola sorgente dell'alimentazione che, impoverita di braccia, si fa più deserta e languisce. Problema della massima importanza economica, demografica, sanitaria e sociale che giustamente preoccupa i governanti ed è posto al primo piano, in Italia, dal Duce.

Molto opportunamente, la Società italiana di medicina sociale scelse come tema di uno dei due concorsi banditi mercè la generosità della *Rivista di Terapia moderna e di Medicina pratica*: Le ragioni d'indole medica e sociale che stanno per la ruralizzazione contro l'urbanesimo. Vincitore di tale concorso (*ex aequo* col dott. F. Travagli) fu il prof. S. Diez che nella sua monografia, dal titolo « Ritorniamo ai campi », considera e svolge l'argomento con larghezza di vedute, con profondità di concetti e col sussidio della sua vasta cultura storica, scientifica ed umanistica (1).

Le statistiche dimostrano, egli osserva, dovunque una notevole diminuzione della popolazione rurale, anche in paesi dove vi sono ancora territorî disponibili per la coltura. Agli Stati Uniti, la popolazione rurale che, nel 1870, era del 47,6%, è ora ridotta al 26,3%; in Australia, solo il 20 % della popolazione abita nelle campagne. Migliori sono indubbiamente le condizioni per l'Italia in cui i rurali risultano tuttora in prevalenza essendo essi calcolati, per il 1929, nella proporzione del 51,90 %. Si nota però una continua diminuzione da un decennio all'altro.

Varie sono le cause dell'esodo rurale, che sono partitamente esaminate dall'A., ma soprattutto grave è il fatto che coloro i quali abbandonano i campi non vi ritornano poi più.

A questo esodo, il medico, il sociologo debbono opporsi, considerando anzitutto che la vita è più salubre nelle campagne dove, di fatto, le statistiche dimostrano una minore mortalità e, per le professioni eminentemente rurali, una percentuale di longevi di gran lunga maggiore che per i centri urbani. Predominano in questi alcune gravi malattie sociali, quali la tubercolosi, l'acoolismo, la sifilide, che mietono minor numero di vittime nelle campagne. Anche la funzione della maternità è assai più normale nelle donne lavoratrici dei campi che nelle operaie, osservandosi nelle campagne una peggiore prolificità ed un minor numero di nati-morti.

E le condizioni economiche e sanitarie delle classi rurali possono ancora migliorare anche per i provvedimenti che si vengono ora attuando in Italia: basti citare la lotta efficace contro la malaria e l'azione benefica dell'Opera nazionale per la Maternità ed Infanzia, che non mancherà di produrre i suoi effetti sulla morbosità e mortalità materna ed infantile.

Ma anche *ragioni di indole sociale* stanno per la ruralizzazione contro l'urbanesimo. « La Storia dimostra che l'Italia, fin dai tempi più antichi splendette per grandezza politica, per benessere economico, per virtù sociali quando i dirigenti della vita pubblica sorgevano dalle classi rurali, quando l'agricoltura fioriva in una ricca produzione, quando la famiglia, nucleo dello Stato, legata alle tradizioni, imponeva il suo valore sociale con la purità dei costumi e la morale più rigida ».

L'A. esamina quindi largamente il problema rurale dell'antica Roma e durante le invasioni barbariche e nel Medio Evo, la ruralizzazione compiuta dai Papi e si sofferma quindi sull'importanza politica della ruralizzazione all'epoca attuale.

La guerra iniziatasi nel 1914 è stata una grande maestra a tale proposito ed anche i paesi più industrializzati hanno compreso quanto sia importante, per la difesa nazionale, arrestare l'esodo dalle campagne, che minaccia di spegnere definitivamente la sorgente della vita.

I danni sociali dell'urbanesimo si riflettono sulla compagine delle famiglie, sulla nuzialità, sulle nascite illegittime, sui suicidî, sulla delinquenza e sulla prostituzione ed, in modo più grave e preoccupante, sulla denatalità.

Fra i *rimedi* per impedire l'esodo rurale sono da citarsi in prima linea quelli presi dal Governo fascista, fra cui specialmente i provvedimenti per la bonifica integrale e la Carta del Lavoro che valorizza le condizioni degli agricoltori e dell'agricoltura. Molto si può fare nei riguardi igienico-sanitari (abitazioni, acqua potabile, assistenza medico-igienica), per il miglioramento della vita sociale (radiofonia, cinematografi, biblioteche, ecc.), per l'educazione famigliare e l'istruzione dei rurali. Della massima importanza sono poi la razionaliz-

---

(1) S. DIEZ: « Ritorniamo ai campi ». Un vol. in-8°, di 92 pag. Estratto dall'« Archivio Fascista di Medicina Politica », 1931. Il lavoro, ricco di dati statistici, è preceduto da un interessante capitolo scritto in latino dallo stesso Autore che, purtroppo, è stato soppresso nella presente edizione.

zazione del lavoro agricolo e la regolarizzazione delle migrazioni interne a cui provvede ora un apposito Comitato permanente creato col Decreto 28 novembre 1928, n. 2874, di cui già si manifestano i benefici effetti.

Per quanto riguarda i mezzi coercitivi per impedire l'urbanesimo, l'A., giustamente, si mostra scettico sulla loro efficacia, non solo per le difficoltà di varia natura che si oppongono alla loro applicazione, ma perchè, fenomeni economico-sociali tanto complessi come questi, non possono essere dominati e debellati con provvedimenti di polizia o con altre forme di coercezione. Ogni disposizione che avesse di mira la repressione dell'inurbanesimo fallirebbe allo scopo se andasse disgiunta da tutto quell'insieme di provvedimenti che mirano a prevenire l'esodo rurale, eliminando tutte le ragioni che spingono o costringono ad abbandonare la campagna. *fil.*

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Lotta contro la malaria.

Presso il Ministero dell'Interno è stata costituita una Commissione per il coordinamento delle varie disposizioni di legge riflettenti la cura e la profilassi della malaria, per l'accertamento dell'efficienza delle provvidenze in vigore a favore degli operai e dei coloni in zone malariche e per dare norme circa l'eventuale adozione di nuove provvidenze integrative, sia a favore degli operai colpiti dalla malaria, sia a maggior difesa dei sani dall'infezione.

Della Commissione fanno parte autorevoli rappresentanti della Direzione Generale di Sanità, del Sottosegretariato per la bonifica integrale, del Ministero delle Corporazioni, del Commissariato per le migrazioni interne, delle assicurazioni sociali e infortuni, dei Sindacati fascisti e delle Confederazioni fasciste dell'Agricoltura e degli agricoltori, del Sindacato nazionale fascista medico, della Confederazione fascista e dei Sindacati fascisti dell'industria, e della Amministrazione dei Monopoli di Stato.

La Commissione ha già tenuto alcune adunanze, nelle quali si è esaminato la attuale organizzazione dei servizi antimalarici e si sono presentate e discusse várie proposte di provvedimenti intesi a migliorare i servizi stessi e ad aumentarne l'efficienza. I lavori proseguono con promettente sollecitudine

* * *

La Direzione della Sanità Pubblica ha emanato una circolare n. 6, in data 25 maggio 1931, concernente la lotta antimalarica e l'assistenza ai lavoratori avventizi e nomadi. Questa circolare esamina le manchevolezze rilevate in alcune località malariche e specialmente raccomanda: l'istituzione dei centri di distribuzione del chinino per mezzo di appositi distributori ambulanti bene istruiti, alla dipendenza delle autorità sanitarie, la ricerca dei malarici con la segnalazione all'Ufficiale Sanitario e agli Uffici di Collocamento, e l'istituzione della tessera sanitaria.

Segnala, infine, per la buona riuscita di questa doverosa opera assistenziale e profilattica, il valido concorso che potranno dare le Associazioni sindacali dei lavoratori e dei datori di lavoro.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AREZZO. — Per titoli ed esami. Ufficiale Sanitario del Comune di Arezzo, alle condizioni stabilite dal R. Decreto 29 novembre 1925, N. 2266. Stipendio L. 15.000, ridotto del 12 %, con quattro aumenti quadriennali del decimo, oltre l'indennità caro-viveri per coniugati o vedovi con prole. Per chiarimenti rivolgersi alla R. Prefettura di Arezzo.

AVERSA (*Napoli*). — Scad. ore 12 del 30 sett., tre condotte; L. 9500 con ritenuta 12 %; 4 quadrienni dec.; 1° c.-v.; età lim. 45 a.; doc. a 6 mesi dal 30 lug.; tassa L. 50.10.

BARI. *Amministr. Prov.* — Coadiutore e assistente della Sez. medico-micrograf. del Laborat. prov. d'ig. e profilassi; stip. rispettiv. L. 16.000 e L. 13.000, serv. att. L. 3000 e L. 4000, quadrienni di L. 1000; partecipaz. 30 e 15 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 31 lug. Scad. ore 12 del 30 ott.

CORI (*Roma*). — Scad. 31 ag.; consor. di Giulianello (frazione) e Roccamassima; L. 11.400 e addizionale di L. 4 sopra i 1000 pov., L. 3000 trasp. e disag. residenza, L. 1000 per due armadi farm., L. 600 uff. san.; 5 quadrienni dec.

FIRENZE. *Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Al 20 sett., ore 16; direttore generale sanitario; età lim. 45 a.; 5 anni di funzioni direttive in ospedali non inferiori a 500 letti; doc. a 3 mesi dal 10 ag.; chiedere annunzio; stip. L. 20.000 aumentabile a L. 24.000, indennità carica L. 2500, c.-v., alloggio; non è consentito l'esercizio professionale.

FRASSINORO (*Modena*). — Scad. 20 sett.; 2ª cond.; L. 8000 aumentabili, oltre L. 2500 cavalc. e c.-v.; deduz. di legge; età lim. 35 a.

FUBINE (*Alessandria*). — Scad. 15 ott.; 2 posti; L. 7000 ridotte 12 % e 4 quinquenni dec., oltre L. 1000 cav.

GUBBIO (*Perugia*). — Per Carbonesca-Valdichiascio, condotta rurale. Per titoli. Stipendio lire 8000, con quattro aumenti quinquennali del decimo. Indennità: servizio attivo L. 1800; caroviveri se dovuto, nei limiti consentiti, ambedue sino a quando saranno mantenute dal Comune. Stipendio e indennità sono al lordo delle trattenute di legge e sottoposti alla detrazione del 12 % stabilita dal R. D. 12-11-930, N. 1491. Età massima anni 40, salve eccezioni di legge. Documenti di rito; vaglia di L. 50,10 intestato all'Economo, certificato inscrizione ad un Ordine di Medici pel 1930, diploma di laurea e documento di superato esame di Stato. Scadenza ore 19 del 25 settembre. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale di Gubbio.

Un caso encomiabile.

A Dos Hermanas (Spagna), quando più sanguinosa si svolgeva la lotta tra i sindacalisti e la Guardia civile, il dott. Francisco Leyra Rincón, figlio dell'alfiere che comandava le forze incaricate di ristabilire l'ordine, rivaleggiava con i colleghi, per abnegazione, nell'altruistica missione di curare i feriti che avevano combattuto contro il proprio padre. Onore al medico che, vincendo le forze dell'istinto, si comporta in tal modo! (Da « El Siglo Médico », 5 ag. 1931).

Sarebbe stato colpevole di agire altrimenti: di fronte al letto del malato cessano le ire di parte

Ospedale artico.

Quattro Suore condotte da P. Turquetil, Prefetto Apostolico delle Missioni esquimesi, sono partite recentemente da Churchil, capo linea della ferrovia della Baia dell'Hudson, per recarsi a fondare un ospedale per gli esquimesi nomadi e per i cacciatori di pellicce nella regione artica di Chester field Inlet. L'ospedale sarà il più settentrionale del Canadà. Oltre il soccorso ai malati, le Suore daranno lezioni di igiene ai giovani esquimesi.

La morte di un filantropo.

All'età di 93 anni è deceduto il comm. Teodoro Frizzoni di Bergamo, noto filantropo e patriota, il cui nome è specialmente legato all'« Opera bergamasca per la salute dei fanciulli », che nell'Ospizio marino di Varazze (inaugurato nel 1895 e successivamente ingrandito ed abbellito) e nella Casa Umberto I di Piazzatorre per le cure climatiche e di montagna, accoglie ogni anno quasi tremila fanciulli bisognosi di cura.

È morto a 83 anni il prof. AUGUSTO FOREL, uno dei fondatori della scienza psichiatrica moderna. Era nato a Morgas (Svizzera); insegnò per lunghi anni la psichiatria all'Università di Zurico, ove gli fu anche affidata la direzione dell'Ospedale psichiatrico cantonale. Ha eseguito ricerche apprezzate sulla istologia del sistema nervoso e sulla patologia mentale. Ha aperto vie nuove nella conoscenza dell'ipnotismo. È sovratutto noto per il suo libro su « La questione sessuale », che ha sollevato discussioni oltremodo appassionate. Sono divenuti celebri anche i suoi studi sperimentali sulla « intelligenza delle formiche ». Nel campo sociale, ha combattuto con impegno l'alcoolismo.

Registriamo con profondo rammarico la perdita del prof. ACHILLE ANGELINI, già direttore dell'Ospedale Sanatorio Umberto I di Roma, apprezzato per il valore professionale e per la bontà dell'animo.

Un'altra perdita dolorosa è quella del dott. ITALO GIUSEPPE ROSEO, già direttore dell'Istituto vaccinogeno municipale di Roma, valente professionista, largamente stimato anche per il carattere.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Arch. d. Ost. e Gin., mar. — Numero sull'eclampsia.

Sang, 2. — L. S. P. DAVIDSON. La sostanza basofila dell'eritrocita. — MERCKLEN e M. WOLFF. Le leucopenie.

Practitioner, apr. — J. R. REES. Trattam. profilattico dei disordini mentali. — J. KIRK. Come le malattie sono modificate da un clima tropicale. — E. B. STRAUSS. Il collasso nervoso.

Giorn. di Batter. e Immun., mar. — P. K. OLITSKY. Eziologia del tracoma. — L. CAPPELLIM. Reazione di Hinton. — U. BARBONI. Eziologia del linfogranuloma maligno.

Presse Méd., 1 apr. — E. TOULOUSE e al. Encefaliti psicosiche secondarie.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., mar. — E. D. PLASS e al. Vulvovaginite da monilia. — L. SCHNEIDER. Reaz. meiostagminica nella diagn. del cancro uter. — M. H. FRIEDMAN e M. E. LAPHAM. Diagn. precoce di gravid.

Rev. de Chir., feb. — P. CURDJ. Lussazioni traumatiche del ginocchio.

Journ. de Méd. de Bordeaux, 30 mar. — Numero sul congresso antitubercolare di Bordeaux.

Deut. Med. Woch., 3 apr. — KRONFELD. Neurosi genitali. — REINWEIN. Sindrome ipoglicemica.

Lancet, 4 apr. — J. A. RYLE. Lo studio dei sintomi.

Med. Klinik, 2 apr. — O. v. FLANQUÉ. Diagnosi precoce del cancro genit. femm.

Journ. A. M. A., 14 mar. — A. LAMBERT. Trattamento delle tossicomanie. — W. S. O' DOMEL e S. J. LEVIN. Trattam. dell'edema.

Id., 21 mar. — C. H. FRAZIER. Trattam. della nevralgia del trigemino. — A. W. ALLEN e I. S. WRIGHT. Valore degli antisettici. — M. NEUSTAEDTER. Siero antipoliomielitico di cavallo.

Journ. Méd. Franç., feb. — Numero sulla patol. gen. del freddo.

Spitalul, apr. — E. PAULIAN e al. Encefalite epid. a forma mioclonica o mioritmica.

Presse Méd., 4 apr. — P. GUIDEL. Occlus. intestinale di orig. appendicolare.

Paris Méd., 4 apr. — Numero di gastro-enterologia.

Riv. di Patol. e Cl. d. Tuberc., 31 mar. — G. PICCOLI. Azione a distanza delle tossine diffusibili della tbc. — G. COSTANTINI. Origine ilare dell'infiltrato precoce.

Acta Med. Scand., V. — B. WAHLIN. Effetti tossici dell'olio di feg. di merluzzo sull'organismo. — C. HOLTEN e al. Funzioni del rene sulle nefropatie.

Minerva Med., 7 apr. — L. JACCHIA. Lecitine e ricambio degli idrati di carbonio.

Bull. Méd., 11 apr. — Numero di ematologia.

Münch. Med. Woch., 10 apr. — DÜRCK. Basi anatomo-patologiche delle morti improvvise.

Tohoku Journ. exper. Med., 21 mar. — R. INAMI. Studi sulla narcosi. — B. KAMEI. Avvelen. da ossido di carbonio.

Deut. Med. Woch., 10 apr. — Numero sul cuore e la circolaz.

Arch. Mal. App. Digest. ecc., feb. — M. LABBÉ e al. Metabolismo del fosforo. — G. BALTACÉANO e G. NICOLESCO. Colagoghi.

Journal A. M. A., 28 mar. — Numero ospedaliero.

Ann. di Ost. e Gin., 31 mar. — L. CATTANEO. Passaggi di ormoni fetali attrav. la placenta. — F. VOZZA. Reaz. di Aschheim e Zondek nella mola vescicol. e nel corionepitelioma.

Münch. Med. Woch., 10 apr. — DÜRCK. Basi anatomo-patol. della morte improvvisa. — NONNE. Tabe dorsale in lue congenita.

National Med. Journ. of China, feb. — Numero di oculistica.

Presse Méd., 11 apr. — L. LAUGERON. Trattam. dell'angina pectoris con iniez. di stovaina in loco dolenti.

Minerva Med., 14 apr. — U. RONDELLI. Analisi capillare del sangue. — G. SALVIOLI. Pressione e resistenza capillare.

Paris Méd., 11 apr. — J. LOISELEM. Modificazioni fisico-chimiche e chimiche del plasma sanguigno durante il cancro.

Zeit. f. Tuberk., apr. — E. HEDVALL. L'immunità nella tbc. — BÜRGERS. Immunizzaz. sperimentale nella tbc. — E. WALTUCH. L'oleotorace.

Amer. Journ. Med. Sciences, apr. — W. H. CRAWFORD. Ipoglicemia con coma. — W. BAMESTEK e M. INGALL. Agranulocitosi (neutropenia maligna). — C. W. BALDRIDGE e R. J. NEEDLES. Neutropenia idiopatica.

Arch. di Ortop., 31 mar. — D. MARAGLIANO. Innesti osteo-periostei autoplastici nelle osteo-artriti tbc. — G. CANAVERO. Esiti immediati e lontani del trattam. della tbc. osteo-articolare.

Amer. Journ. of Cancer, apr. — T. LUMSDEN. Immunità antitumorale. — C. D. HAAGENSEN. Neoplasie professionali. — J. H. ROE e H. M. DYER. Biochimica dei tumori maligni. — G. R. SMITH. Diagnosi di carcinoma primitivo del polm. mediante aspirazione.

Surg., Gyn. a. Obst., apr. — R. G. MILLS e al. Trattam. del carcinoma. — A. WESTERBORN. Roentgenografia della peritonite.

Clin. Chir., mar. — AUGI. Azione dell'ergotamina sulla iperglicemia post-anestetica. — NICOLESI. Funzione glicogenetica del fegato nell'anestesia eterea e cloroformica. — RINDONE. Anestesia e funzione gastr.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., apr. — G. S. JOHNSON e R. A. JEFFERSON. Aspetti medici della malarioterapia nella neurosifilide.

Indice alfabetico per materie.

V. ASCOLI †, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII Roma, 31 Agosto 1931 - IX Num. 35

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale di S. Spirito in Sassia - Roma.

REPARTO CHIRURGICO diretto dal prof. G. EGIDI.

Sui corpi estranei dell'addome

per il dott. GIOVANNI RIZZO, aiuto.

Soglionsi distinguere i corpi estranei dell'addome in due grandi gruppi a seconda che essi abbiano origine nella cavità stessa dell'addome (*corpi liberi peritoneali*), oppure provengano dall'ambiente esterno o da un organo contenuto nella cavità addominale, nel qual caso si parla di *corpi estranei veri*. Tralascio i corpi liberi peritoneali, che hanno grande interesse anatomo-patologico, ma di solito scarsa importanza clinica, e m'intrattengo invece sui corpi estranei veri, i quali, specie in questi ultimi anni, hanno attratto vieppiù l'attenzione dei chirurghi. Dicevo che tali corpi estranei possono giungere nella cavità addominale, o attraverso un organo in essa contenuto (stomaco, intestino, cistifellea, ecc.), o per il retto e per la vagina, oppure dall'esterno, sia per trauma accidentale (ferite d'arma da fuoco, ecc.), sia in seguito ad un intervento operativo addominale (*corpi estranei dimenticati*). Essi possono essere di differenti varietà: a parte i corpi estranei da trauma (sopratutto ferite d'arma da fuoco), si tratta nel maggior numero dei casi di istrumenti chirurgici o di tamponi di garza, di compresse, di pezze da laparotomia, più raramente di altri corpi estranei (per lo più sostanze alimentari che fuoriuscite attraverso la perforazione di un organo cavo addominale possono poi provocare una suppurazione). A questo proposito curiosissime sono le osservazioni di Feldmann, di Guthrje, di Zwetayf. Feldmann cita nel *Zentralorgan* il caso di una contadina che aveva inghiottito un ago da sacco lungo sei centimetri, e che, dopo averne localizzato la posizione, venne tolto in anestesia locale dal Douglas. Guthrje parla di una paziente che soffriva intensi disturbi alla regione epigastrica: alla laparotomia si trovò, oltre che aderenze degli organi addominali, una piccola cisti, interpretata

dapprima come cisti da cisticerco, e che alla apertura si trovò piena di semi di pomodoro e di lampone: vi era stata una perforazione di ulcera duodenale, da cui erano fuoriusciti i semi provocando la cisti. Zwetayf riferisce che, durante un'operazione per diagnosi clinica di appendicite cronica in un uomo trentaduenne, fu trovata inglobata nel grande omento una spina di pesce lunga 4 centimetri, e sull'appendice, già in parte resecata, una cicatrice: il paziente aveva riportato sei anni prima una ferita d'arma da fuoco all'addome, e gli era stata estratta dal peritoneo una pallottola di shrapnell e tolta in parte l'appendice ferita.

Fra gli strumenti, che possono essere i più differenti (spatola, tubi di vetro, tubi da drenaggio, aghi, pinze da lenzuoletti, spilloni, pezzi di ago, portapenne, dilatatore uterino, forcine da capelli, ecc. White e Cliffard), occupano i primi posti le pinze emostatiche e le candelette, le prime dimenticate nell'addome durante operazioni, le seconde giunte nella cavità addominale in seguito a pratiche abortive mal condotte. È infatti da tener presente che l'intervento per aborto, specie poi se criminoso, può complicarsi con perforazione dell'utero, e provocare così processi patologici vari (setticemia, peritonite diffusa, peritonite circoscritta, perforazione intestinale, ecc., ed anche la sindrome da corpi estranei dell'addome. Ssavinych, che ha fatto uno studio statistico sui casi di aborti provocati, cita due osservazioni interessantissime, in cui alla laparotomia furono trovate nell'addome in un caso una candeletta semirigida, e nell'altro una candeletta di caucciù: ambedue le candelette erano ben incapsulate. Ed ancora più recentemente Schmidt e Ludwig riferiscono che, in una signora in preda a sofferenze da probabile appendicite o salpingite destra l'esame radiologico prima e la laparotomia poi fecero riconoscere nell'addome un catetere che con una estremità giungeva fino alla cistifellea e con l'altra al parametrio di destra, catetere che era stato introdotto nell'utero da una levatrice.

Nè è da dimenticare la possibilità che, in seguito a manovre di masturbazione, dei corpi estranei possano giungere nella cavità addominale. Gli stessi White e Cliffard nel *Journal of Obst. and Gynaec.* del 1923, raccontano che una paziente introdusse in vagina, in un momento di follia erotica, un portapenne, e poi non potè più estrarlo: si praticò due giorni dopo la laparotomia, e si trovò il portapenne incapsulato dall'omento.

Maggiore interesse hanno i corpi estranei dimenticati nella cavità addominale dopo le operazioni le più varie (sullo stomaco, sull'utero, sulla milza ecc.), e che possono ivi rimanere un tempo talora lunghissimo (fino a 19 anni). White e Cliffard in una loro statistica del 1923 sui corpi estranei dimenticati nell'addome hanno repertato 44 strumenti (29 Klemmer, 2 spatole, 2 tubi di vetro, due aghi, 2 forcine da capelli, 2 pinze da lenzuoletti, uno spillone, un tubo da drenaggio, un dilatatore uterino, un pezzo di ago, un portapenne). Halpern nel 1926 pubblica l'osservazione di un paziente nel cui addome fu dimenticata, durante un intervento operativo, una pinza di Kocher, che rimase colà otto anni: dopo l'asportazione della pinza il paziente morì rapidamente per tubercolosi polmonare. Nel 1928 Krause riferisce che, tredici mesi dopo una splenectomia per cisti, fu trovata nell'addome di una signora trentaquattrenne una pinza di Pèan: la nuova laparotomia dimostrò un conglomerato d'intestino che conteneva lo strumento, e dopo enterectomia la pinza fu tirata fuori dal lume dell'intestino perforato. Nel 1929 Ponomorey riferisce che, quattro mesi dopo un'operazione ginecologica, si trovò, essendovi una fistola gemente pus, una pinza di Pèan nel profondo della ferita: e che, cinque anni dopo un'operazione di echinococco del fegato, essendovi una ferita che si apriva sempre, si trovò un drenaggio di gomma lungo 13 cm., che vi era stato dimenticato.

Le osservazioni di tamponi di garza dimenticati non sono molto numerose, per lo meno figurano in minor numero di fronte agli strumenti dimenticati nella cavità addominale. Hartz e Harry descrivono nel 1921 il caso di una signora cinquantasettenne che ott'anni prima aveva subìto una operazione per tumore: presentando nuovamente disturbi addominali accentuati e nervosismo, fu una seconda volta laparotomizzata, e si trovò nel suo ventre una spugna dimenticata (la quale serviva allora per asciugare il sangue). Shiwatoff riferisce nel 1925 di una paziente trentaduenne, la quale due mesi prima aveva subìto un intervento per aborto: presentando dimagramento, costipazione, disturbi urinari, ingrossamento dell'addome, si laparotomizzò, e si trovò nel Douglas una tumefazione infiammatoria incistata, nell'interno della quale era un tampone di garza imbevuto di jodio: vi era stata perforazione dell'utero, l'interno dell'utero era stato pennellato con tampone di garza imbevuto di jodio, ed il tampone, sfuggito dalla pinza,

attraverso la perforazione uterina era giunto nel Douglas. Halpern nel 1926 descrive quattro casi di tamponi dimenticati nella cavità addominale dopo operazioni sull'utero e sullo stomaco, ed in due di questi casi si ebbe l'esito letale. Haberer riferisce nel 1927 di una paziente che era stata operata di resezione gastrica: un anno dopo la si dovette operare per peritonite, e si trovò nell'addome una compressa dimenticata, la quale aveva assunto l'aspetto di un grosso tumore. Recentemente Genkin nel 1929 narra che una paziente, operata nel 1925 per cisti ovarica, un anno e mezzo circa dopo l'operazione, notò la comparsa, nel quadrante inferiore destro dell'addome, di una tumefazione dolorosa: alla nuova laparotomia si rinvenne una tumefazione sul mesentere, nell'interno della quale vi era un tampone di garza, lungo cm. 60 × 33, che era stato dimenticato 4 anni prima.

I sintomi dei corpi estranei dell'addome, ed in particolare di quelli dimenticati, variano a seconda della varietà del corpo estraneo, a seconda della sua posizione, e specialmente poi a seconda che si tratti di corpo estraneo asettico o settico: quelli asettici possono rimanere liberi, non dare cioè fenomeni reattivi della sierosa, oppure incapsularsi, ed in ambedue queste circostanze qualunque sintoma può mancare per mesi ed anni (Donati): se è settico il corpo estraneo può provocare una peritonite diffusa o circoscritta, può penetrare nell'intestino ed essere così eliminato attraverso le vie naturali, perforare le pareti addominali o la vagina ed uscire così all'esterno (Donati). Di solito si hanno sintomi di peritonite acuta diffusa, oppure dolori addominali senza causa apparente: spesso si ha un quadro clinico simulante una occlusione intestinale, od un processo infiammatorio (appendicite), oppure un tumore (cisti, tumore solido del mesentere, tumore ovarico ecc.): talora il corpo estraneo può provocare ascessi del Douglas o delle pareti addominali. E non si dimentichi che le fistole che non guariscono e le ferite operatorie che non si chiudono sono sempre sospette, sicchè indagando bene, si riesce non di rado a scoprire ed a togliere un corpo estraneo che impediva la guarigione.

Circa la diagnosi, quasi sempre ardua, si può dire oggidì sia essa alquanto facilitata dall'esame radiologico, che spessissimo aiuta a stabilire non soltanto la posizione ma anche la natura del corpo estraneo. Così recentemente Attilj è riuscito, mediante esame radiologico accurato del tubo digerente, a localizzare entro il lume intestinale due grossi corpi estranei, che all'atto operativo si son dimostrati due pezze da laparatomia.

Ponomorey ritiene che i corpi estranei lasciati nella cavità addominale siano di rado suscettibili di guarigione spontanea: ed infatti dalla statistica redatta da White e Cliffard, riguardante 44 casi, risulta che 11 pazienti sono morti (25 %) dopo aver portato il corpo estraneo nell'addome per un tempo variabile da tre mesi fino a sette anni: degli altri 33 guariti, 26 sono stati operati una seconda volta, e solo sette hanno espulso spontaneamente il corpo estraneo attraverso un ascesso o per il retto.

Perchè credo sia di qualche interesse rendo nota la seguente osservazione:

V. Maria, di anni 45, nubile, è stata operata il 25 agosto 1927 di « colporrafia anteriore, amputazione del collo uterino secondo Schröeder, colpoperineorrafia », ed il 10 settembre 1927 di « Isteropessi pelvica secondo Pestalozza associata a fissazione retrouterina dei ligamenti rotondi secondo Dartigues ». Decorso operatorio regolare. Guarigione.

Il 26 maggio 1930 chiede ricovero in ospedale perchè da due mesi soffre crisi dolorose al basso ventre con irradiazione alle radici di ambedue le coscie e disturbi urinari (pollachiuria, bruciore durante le minzioni, stimolo doloroso e continuo ad urinare): le urine, dapprima semplicemente torbide, son diventate rossastre e poi francamente ematiche alla fine di ogni minzione, anzi da circa 20 giorni emette alla fine di ogni urinazione alcune gocce di sangue. Funzioni intestinali torpide: la paziente accusa forte dolorabilità alla regione anale, e stimolo frequente alla defecazione: questa è stentata e dolorosa. È dimagrita; si nutre scarsamente.

Asserisce di non aver mai emesso calcoli con le urine, di non aver mai sofferto dolori nelle regioni renali, di non aver mai sofferto febbre.

E. Obb. — Condizioni generali discrete. Stato di nutrizione scaduto; sistema scheletrico, apparato linfoglandolare normali.

Torace, cuore, nulla.

Addome: la palpazione della regione ipogastrica e della fossa iliaca destra è molto dolorosa; organi ipocondriaci normali.

Nulla all'esame del sistema nervoso.

Esame ginecologico: vagina di media ampiezza; collo uterino piuttosto corto, corpo fisso; la palpazione del fornice anteriore, del fornice laterale destro, della parte destra del fornice posteriore riesce dolorosa; si apprezza dal fornice laterale destro una tumefazione grossa quanto un piccolo uovo, dolente, a superficie irregolare.

Esplorazione rettale: è dolorosa.

Nessun segno di fistola vescico-uterina o vescico-vaginale.

Durante i primi 17 giorni di degenza in ospedale, la paziente ha sofferto temperatura febbrile fino a 38°,8, a carattere fortemente remittente e talora intermittente; cure di urotropina, elmitolo, bleu di metilene, istillazioni di olio gomenolato in vescica non hanno apportato alcun beneficio.

Ripetuti esami non hanno fatto riscontrare nessun segno di fistola vescico-vaginale o vescico-uterina.

Non è stato possibile eseguire all'inizio la cistoscopia per la scarsissima continenza della vescica e per i forti dolori che l'introduzione in essa, sia pure di piccola quantità di liquido, provocavano.

Le urine, emesse sempre a prezzo di intensa sofferenza, sono state torbide e spessissimo ematiche.

Esame fisico-chimico delle urine: albumina e grande quantità di pus, presenza di sangue; assenti lo zucchero, i corpi acetonici, i pigmenti biliari. Sedimento: numerose cellule di sfaldamento delle basse vie urinarie, numerosi globuli di pus, numerosi globuli rossi.

Esame batteriologico delle urine: Flora microbica mista con prevalenza del colibacillo. Negativa la ricerca del bacillo di Koch.

FIG. 1.

Ricerca del gonococco nel secreto vaginale negativa.

Cutireazione positiva. *Reazione di Wassermann* negativa.

Radioscopia del torace negativa. Esame radiologico dell'apparato digerente negativo.

L'indagine radiologica dell'apparato urinario, eseguita senza sostanze di contrasto, non ha dimostrato ombre sospette di corpi estranei, nè alterazioni a carico delle pareti vescicali o dello scheletro del bacino.

Nel pomeriggio dell'11 giugno 1930 sono invitato a visitare d'urgenza l'ammalata, la quale racconta di essere stata colta improvvisamente da forti dolori alla regione ipogastrica, da stimolo dolorosissimo ad urinare con impossibilità assoluta di emettere urina. Al di sopra del pube vi è un globo vescicale abbastanza accentuato, e la palpazione, la più superficiale, provoca delle grida strazianti.

Decido il cateterismo: la sonda incontra, in vicinanza del collo vescicale, una resistenza pastosa, soffice, ma invincibile: pratico la dilatazione dell'uretra, e con una pinza a branche sottili e lunghe estraggo dall'uretra stessa due tamponi di garza, lunghi l'uno 25 e l'altro 26 centimetri (vedi fig. 1) imbevuti di liquido torbido e fetido, cui seguono immediatamente fuoriuscita di abbondante quantità di urina anch'essa fetidissima, ed apparente e rapido sollievo dell'ammalata.

FIG. 2.

Da allora le sofferenze sono rapidamente migliorate e la somministrazione dei diuretici e dei disinfettanti urinari, dapprima senza effetto, è stata vantaggiosa: il giorno 3 luglio 1930 ho potuto eseguire per la prima volta la cistoscopia con il seguente referto: vescica contenente circa 120 cmc. di liquido, fortemente arrossata, specie nella sua parte destra, con qua e là delle suffusioni sanguigne e degli ammassi bianco-giallastri di pus: orificio ureterico di sinistra visibile: orificio ureterico di destra visibile solo alla prova del-

FIG. 3.

l'indaco-carminio, quando da esso fuoriesce il getto di liquido bleu: in vicinanza dell'orificio ureterico di destra grossa escavazione a cratere, di colorito bruno-scuro, da cui geme pus: si vede fiottare nel liquido vescicale un qualcosa di colorito giallastro: è desso un altro piccolo tampone che il giorno dopo l'ammalata emette spontaneamente per l'uretra (vedi fig. 1).

L'indagine radiologica con introduzione di ossigeno in vescica dà un radiogramma il quale dimostra una vescica di grandezza normale, ma il cui contorno laterale destro è, nella parte più bassa, irregolare come da soluzione di continuo. I radiogrammi ottenuti con introduzione di bromuro di sodio in quantità di circa 120 cc. dimostrano una tipica ombra da diverticolo vescicale nella parte laterale destra e posteriore della vescica (vedi figg. 2 e 3). Facendo urinare l'ammalata, l'ombra vescicale data dal bromuro di sodio scompare, mentre rimane iniettata l'ombra diverticolare paravescicale. L'esame radiologico eseguito dopo somministrazione di Uroselectan dimostra una regolare eliminazione di esso da reni in sede normale, e l'ombra del diverticolo insieme all'ombra della vescica (vedi fig. 4).

FIG. 4.

Le successive indagini cistoscopiche hanno dimostrato un miglioramento sempre più accentuato delle condizioni locali della vescica: ed il giorno 2 agosto 1930 l'inferma ha lasciato l'Ospedale.

CONSIDERAZIONI.

Da un'attenta disamina dei fenomeni morbosi suesposti se ne deduce molto chiaro il quadro clinico: l'inferma ha subìto un intervento operativo sul perineo ed un intervento operativo addominale: dopo circa due anni dalle operazioni, in pieno benessere, crisi dolorose violente alla regione epigastrica e disturbi urinari: fra le crisi, una di esse felice: dei tamponi di garza si incuneano nel collo vescicale, ma sono troppo ostruenti perchè il valido sforzo della vescica riesca a vincere: il soccorso del chirurgo sottrae l'ammalata dalle sue sofferenze: l'esame cistoscopico e l'esame radiologico dimostrano una perforazione della vescica ed un netto diverticolo paravescicale.

Nessun dubbio diagnostico dunque: dei tamponi dimenticati nella cavità addominale hanno provocato, dopo un tacito e lungo periodo di latenza, una suppurazione perivescicale, la quale si è di poi aperta in vescica, ed ha permesso così ai corpi estranei di raggiungere la cavità vescicale. La sicura assenza di una fistola vescicale fa escludere che i tamponi abbiano raggiunto la vescica per via vagino-uterina, e d'altra parte, con una tale interpretazione, non si riuscirebbe a spiegare esaurientemente la vasta ulcerazione vescicale e l'ombra diverticolare paravescicale che gli esami cistoscopico e radiologico hanno dimostrato.

Tuttavia la diagnosi, ben facile direi ad eventi compiuti, è rimasta oscurissima all'inizio, quando l'imponenza e la predominanza dei disturbi vescicali, nonchè la loro comparsa quasi improvvisa in uno stato di completo benessere, definivano bensì una cistite grave, ma nulla illuminavano circa la sua natura. L'ipotesi vaga di un corpo estraneo o di un neoplasma mancava di conferma, e la possibilità di una malattia tubercolare aveva contro di sè, oltre che l'assenza di tare ereditarie, l'assenza di sintomatologia renale, di reperto batteriologico positivo, e di un qualunque segno clinico e radiologico di tubercolosi. (La sola cutireazione è stata positiva).

Riusciva molto difficile in verità pensare a dei tamponi di garza dimenticati nell'addome, e per di più che, fattisi strada nella vescica, fossero dessi a provocare la sindrome!

Le ricerche fatte nella letteratura mi hanno convinto della assoluta eccezionalità di una simile osservazione. Si trovano infatti descritte perforazioni della vescica da parte di raccolte suppurative del bacino (Rotemberg, Matusotszky, Sofronov, ed altri), si leggono pubblicazioni bellissime su corpi estranei vescicali, alcuni dei quali introdotti in vescica in un momento di aberrazione genitale (Oglobin, Bonin, Ulrich, Pfeiffer, Pfister, Silvan Cesare, Catterina, Goldstein, Jansen, Berger, Monoschkin, Stiglbauer, Breitmann, Moro, Norbert, Sztelar,

Bonnet, Somtang), si trovano descritti, e ne ho parlato più sù, esempi di tamponi dimenticati nella cavità addominale: ma non ho trovato descritta (mi si perdoni un possibile errore) la eccezionale e fortunata casualità che dei tamponi di garza dimenticati nell'addome fuoriescano all'esterno per la via della vescica.

A parte la rarità, è quindi l'esito felice che più particolarmente interessa: dalle osservazioni recensite ho potuto dedurre che i tamponi dimenticati nella cavità addominale, provocano di solito disturbi gravi e costringono ad una nuova laparotomia la quale, se chiarisce la diagnosi, è non di rado mortale. Nella paziente di cui ho riferito la storia vi è stata invece fin dal primo momento la tendenza ad una guarigione direi quasi spontanea: i corpi estranei sono rimasti nell'addome per circa 2 anni senza dare disturbi apprezzabili: poi una crisi dolorosa ha testimoniato l'apertura ed il vuotamento in vescica di una raccolta suppurativa formatasi subdolamente: finalmente l'organismo e l'organo malati hanno reagito e lottato con relativo successo per liberarsi dei corpi estranei.

Credo da ultimo superfluo insistere sugli utili ammaestramenti che da quanto ho detto scaturiscono, e non mi divulgo sui soliti e troppo noti espedienti che valgono ad evitare questi disgraziati e spiacevoli errori (afferrare il tampone con pinze adatte, tener d'occhio ed assicurare le pezze fino alla chiusura della ferita operatoria, fare l'inventario delle pinze e degli altri strumenti ecc.): mi limito soltanto ad un semplice, modesto, ma doveroso monito: Ordine e saggezza!

RIASSUNTO.

L'A. dopo aver fatto una completa rassegna sui corpi estranei dell'addome, specie su quelli dimenticati, ne riferisce un caso, nel quale dopo operazione ginecologica erano stati dimenticati nella cavità addominale tre lunghi tamponi di garza. I detti tamponi avevano provocato una suppurazione perivescicale, la quale si era poi aperta in vescica sicchè fu possibile all'A. di estrarre i corpi estranei per via uretrale.

L'assoluta eccezionalità dell'osservazione, e l'esito felice si rendono degni di menzione.

BIBLIOGRAFIA.

MARION G. *Traité d'Urologie.*

BÉGOUIN, BOURGEOIS, ecc. *Compendio di Patologia Chirurgica.*

DONATI. *Chirurgia dell'addome.*

OGLOBLIN A. *Ein Fall von Fremdkörper der Blase.* Chirurg. Fall. Klin., 1920.

BONIN H. *Stearin Fremdkörper in der Blase: Entfernung mittels intravescicaler Anflösung durch Benzin nach Lohusteien.* Chirurg. Urol. Priv. Klin. A. Frendenberg.

PFEIFFER ERNEST. *Beiträge zur pathologie der Fremdkörper der Harnblase* Zeitschr. f. Urol., Bd. 14, H. 9, pag. 366.

FISTER E. *Zur Kasuistik der Fremdkörper der Blase.* Ibid., Bd. 14, H. 8, pag. 321, 1920.

DORÉ. *Corps étranger de la vessie.* Presse Méd., n. 79, 1920.

HARTZ, HARRY G. *Foreign Bodies in the Abdomen. Report of a Case of eight years duration.* Med. Rec., Bd. 99, n. 19, pag. 788, 1921.

ULRICH H. *Zur Kasuistik der Fremdkörper der Blase.* Münch. Med. Woch., Jg. 68, n. 50, p. 1624, 1921.

SILVAN C. *Estrazione dalla vescica con taglio soprapubico di forcine da capelli che provoca grave flemmone gangrenoso perivescicale; guarigione.* Policlinico, Sez. Pratica, pag. 224, 1922.

WHITE CLIFFORD. *Instrument left in the peritoneal cavity, an analysis of 44 inpublished cases.* Brit. Med. Journal, n. 3241, pag. 228, 1923.

CATTERINA A. *Contributo allo studio dei corpi estranei in vescica.* Archivio Italiano di Chirurgia, Bd. 5, H. 5, pag. 520, 1922.

ZWETAYEFF. *Zur Frage der Fremdkörper in der freien Bauchhöhle und der Rolle des Netzes dabei.* Nowj Chirurgischeschi Arch., Bd. 3, H. 3, N. II, p. 478, 1923.

JANSEN P. *Aufallendes Verhalten eines Fremdkörpers in der Blase.* Zentralorgan, 1925.

GOLDESTEIN. *Corps étranger vésical.* Ibid., 1924, pag. 216.

SHIVATOFF G. *Zur Frage der relictio corporis alieni inder Bauchhöhle bei vaginalem Operationem.* Ibid., 1925, pag. 775.

SSAVINJCH A. *Ueber Fremdkörper in der Bauchhöhle* Ibid., pag. 825.

HALPERN I. *Zur Frage über Fremdkörper in der Bauchhöhle.* Ibid., 1926, pag. 651.

ROTEMBERG G. *Zur Kasuistik der Fremdkörper in der Harnblase.* Ibid., 1927, pag. 612.

HABERER. *Zur Frage vergessener Fremdkörper in der Bauchhöhle.* Ibid., 1927, pag. 676.

SCHMIDT-LUDWIG. *Fremdkörper in der Bauchhöhle* Ibid., 1927, pag. 344.

BONNET-MAURICE. *Etat actuel du traitement des corps étrangers vésicaux.* Ibid., 1928, pag. 331.

ERLICHMANN N. *In der Bauchhöhle während der Operation vergessene Fremdkörper.* Ibid., 1928, pag. 374.

KRAUSE N. *Irrlumer in der Chirurgie. Ein Fremdkörper in der Bauchhöhle.* Ibid., 1928, pag. 217.

GENKIN I. *Ueber einen interessanten Fall von Fremdkörper in der Bauchhöhle.* Ibid., 1929, pag. 514.

PONOMOREY A. *Zur Frage der nach Laparatomien in der Bauchhöhle zurackgelassenen Fremdkörper.* Ibid., 1929, pag. 83.

SOFRONOV. *Zur Frage der perforationem eiteriger prozesse der Bekenorgane und Gewebe in die Harnblase.* Ibid., 1929, pag. 647.

FELDMANN. *Zur Kasuistik der Fremdkörper in der Bauchhöhle.* Ibid., 1929, pag. 778.

ATTILJ S. *Eccezionale reperto radiologico in un caso di offusione cronica dell'intestino.* Bollettino e Atti dell'Accademia Lancisiana, maggio-luglio 1928.

Istituto di Radiologia Medica della R. Università di Roma
diretto dal prof. A. Busi.

Corpo estraneo (ago da crochet) nella cavità addominale introdotto dall'utero.

(Conferma operatoria).

Dott. Quintino Vischia

Numerosi sono i mezzi chimici e meccanici con i quali sono state tentate pratiche abortive: in medicina legale sono riferiti casi diversi di soggetti che per raggiungere l'intento sono ricorsi all'uso di sostanze chimiche tossiche, le quali dimostrano una particolare azione ecbolica.

Dal Taxus baccatus alla Juniperus Sabina, dalla Ruta alla Segala per citarne alcune di queste sostanze: ma vi è anche chi si è servito del fosforo, e sopratutto della cosidetta pasta fosforica, dell'arsenico e suoi derivati, del mercurio, del cloroformio ecc.

In quanto al chinino — che figura pure tra i medicamenti vantati per determinare l'aborto — riferirò il parere dell'Haberda il quale pensa che il chinino non manifesta alcuna azione sull'utero gravido in riposo e che è capace quando esistono le contrazioni di rinforzarle.

Più importante è l'interruzione della gravidanza con i mezzi meccanici.

Il Filippi (1) classifica questi mezzi meccanici in mezzi meccanici violenti indiretti (calci, urti, scosse, ecc.); mezzi meccanici violenti diretti sul collo o nella sua cavità.

In questa seconda categoria rientrano le manovre eseguite direttamente sui genitali con l'introduzione di sostanze irritanti, l'introduzione di acqua troppo calda o fredda, la penetrazione di sonde, lo scollamento delle membrane fatte a mezzo di aghi, candelette.

Tutti questi mezzi costituiscono dei tentativi per procurare l'aborto, ma ognuno di essi non è scevro da pericoli per la donna che si sottopone a simili pratiche abortive.

Nei trattati di medicina legale sono descritti questi aborti criminali fatti quasi sempre da mani inesperte e che ebbero esito funesto.

Un caso di perforazione dell'utero per procurato aborto è stato descritto dal Francini e comunicato all'Associazione Medica Triestina: Si trattava di una donna pluripara che temendo di essere restata gravida tentò di interrompere la gravidanza introducendo nel corpo dell'utero una siringa metallica con mandrino pure di metallo.

La paziente nell'introdurre questo corpo estraneo avvertì intenso dolore, estrasse il mandrino e rimase in letto una giornata sempre in preda a vivi dolori addominali.

Dopo venti giorni comparve peritonite diffusa e solo in questo periodo ricorse all'ausilio di un sanitario.

Sottoposta all'indagine radiografica le fu riscontrata la presenza della siringa che era situata nella fossa iliaca sinistra e nella regione ipogastrica.

Questo caso descritto dall'A. acquista tutta la sua importanza per dimostrare come possa un corpo estraneo restare nella cavità addominale per sì lungo tempo ed essere — come dice l'A. — tollerato dalla parete.

In tutte queste manovre abortive la morte della paziente può avvenire per cause diverse e non essere legata al tipo od alla estensione delle lesioni riportate in tali manovre.

L'Hofmann (citato dal Filippi) ammetteva da tempo, ed in un caso ne ebbe conferma, che l'introduzione di liquidi caustici o assai caldi determini lesioni nei tessuti con fatti di trombosi uterina che a sua volta provoca l'embolia polmonare, causa di morte immediata.

Altre volte — come pensa Sentex (1) — questa introduzione violenta di liquido può attraversare l'utero, arrivare alle trombe e quindi alla cavità peritoneale e dare un risentimento intensissimo.

Qualche altro autore (Strassmann) invece ha parlato di embolia grassosa che colpisca le vene intrauterine, quando vengano praticate iniezioni di acqua saponata.

M. G., anni 35

Padre vivente e sano. La madre, morta a 60 anni, in seguito a broncopolmonite, ebbe quattro gravidanze condotte a termine. Dei figli uno è morto in tenera età per malattia che la p. ignora: gli altri godono buona salute. Nata a termine, da parto eutocico, ebbe allattamento materno, infanzia ed adolescenza normali. Nega di aver avuto i comuni esantemi infantili.

Mestruata a 17 anni, le mestruazioni si sono sempre mantenute regolari per ritmo, quantità e durata; a 24 anni sposò uomo apparentemente sano; ha avuto una sola gravidanza gemellare, condotta a termine.

Dei due figli, uno è morto a 9 anni di età in seguito a scarlattina; l'altro è vivente e sano. La p. afferma di essere stata sempre in ottima salute.

Nega lues e malattie veneree.

L'inferma asserisce di aver introdotto, a scopo abortivo, circa 10 giorni fa, nella cavità uterina, un uncinetto di osso della lunghezza di circa 16

---

(1) Citato da Filippi (nel *Trattato di Medicina Legale*).

cm. e dello spessore dei comuni uncinetti di uso domestico (circa 2 mm.).

Lasciò *in situ* detto corpo per tutta una notte, ma la mattina dopo, per quanti tentativi abbia fatto, non le fu possibile ricuperarlo.

Recatasi da un sanitario, questi giudicò necessario un intervento chirurgico. Chiede per questo ricovero in Clinica. È da tener presente, nei giorni precedenti all'ingresso in Ospedale, che ha avuto febbre subcontinua, che ha raggiunto i 39° non preceduta da brivido, con remissioni di circa 1 grado.

Alvo e diuresi normale.

Esame obbiettivo. — Donna in buone condizioni generali. Decubito indifferente.

Colorito della cute e delle mucose visibili pallido: scarso pannicolo adiposo sottocutaneo. Muscoli ipotonici ed ipotrofici. Non si palpano gangli nelle varie stazioni linfatiche periferiche. Nulla di notevole alle ossa ed alle articolazioni. Temperatura 37°,3, polso 82, ritmico, di normale ampiezza, altezza e tensione; respiro 20.

Nulla a carico della testa. Pupille uguali, prontamente reagenti alla luce ed alla accomodazione. Lingua umida, detersa. Nulla alla bocca e all'istmo delle fauci. Nulla di notevole al collo, alla tiroide e alla colonna cervicale.

Torace. — Di forma tendente alla cilindrica. Fosse sopra e sotto clavicolari, sopra e sotto spinose infossate; spazi intercostali evidenti. Nulla alla colonna toracica; polmoni nei limiti. Normale il fremito vocale tattile; suono chiaro polmonare in tutto l'ambito; murmure vescicolare normale; cuore nei limiti; toni netti.

Addome. — Infossato sopratutto nella metà inferiore e leggermente svasato ai lati. Cicatrice ombellicale normalmente infossata e pigmentata; lieve pigmentazione della linea alba. Normale la mobilità addominale durante gli atti respiratori superficiali. Se si invita l'inferma a compiere una profonda inspirazione, seguìta da una espirazione prolungata, la paziente avverte, sopratutto durante quest'ultima, modico dolore in corrispondenza della fossa iliaca destra.

La cute è ugualmente spostabile e sollevabile in grosse pliche in tutta la superficie addominale. Non edema sulla cresta iliaca e sulle spine iliache antero-superiori; leggera difesa muscolare in corrispondenza del quadrante inferiore destro dell'addome.

Con una palpazione profonda la paziente accusa vivo dolore a carattere puntorio localizzato poco al disotto del punto di unione della linea ombellicale trasversa con una perpendicolare abbassata sulla spina iliaca anteriore e superiore.

Fegato e milza nei limiti; non si palpano i reni.

Esame ginecologico. — Alla esplorazione vaginale con lo *speculum* non si osservano lesioni di continuo a carico dell'utero, nè altro fatto degno di rilievo.

Non si praticano gli esami speciali (isterometria, ecc.) per ragioni di opportunità. Con l'esplorazione bimanuale si avverte che il fornice destro è leggermente appianato e si apprezza al disopra di esso una resistenza diffusa, a limiti indistinti, la cui palpazione provoca dolore piuttosto intenso.

Esame radiografico. — L'indagine radiografica del bacino mostra la presenza di un corpo estraneo di opacità ben marcata, di una lunghezza di cm. 16 e di 2 mm. di diametro adagiato nella fossa iliaca destra, disposto obliquamente dall'alto al basso e dall'esterno all'interno avente l'estremo superiore a forma di uncino (fig. 1).

FIG. 1.

Nella proiezione laterale si osserva che il corpo estraneo è intimamente addossato alla colonna vertebrale (fig. 2).

FIG. 2.

Se ne deduce quindi che il corpo estraneo è situato profondamente e localizzato in gran parte nella cavità addominale.

Reperto operatorio (Prof. Perez). — Laparatomia pararettale destra, apertura del peritoneo: epiploon aderente alle anse intestinali (cieco e tenue) anch'esse congeste. Si nota presenza di essudato siero sanguinolento nel piccolo bacino.

Nell'esplorazione manuale si palpa fra le anse la presenza di un corpo rigido, disposto obliquamente dall'interno all'esterno e dal basso in alto, il quale è indovato nel mesocolon ed è infossato fra le anse intestinali del tenue e fra l'epiploon formando una resistenza a salsicciotto.

Nella manovra di dissezione dall'estremo inferiore di questo salsicciotto, situato in vicinanza del corpo dell'utero fuoriesce una piccola quantità di secreto mucopurulento, fetido (una piccola parte viene raccolta per l'esame batteriologico) e si mette allo scoperto per un tratto di tre cm. circa l'estremo ottuso dell'uncinetto di osso che viene facilmente estratto.

Si applica un piccolo stuello di garza nel tramite ed un altro se ne lascia nel piccolo bacino; dopo la toilette delle cavità e l'esplorazione dell'utero (incompleta per precauzione) per stabilire se esistevano lesioni nella parete di quest'organo.

Si sutura parzialmente la parete addominale con piano di catgut e seta.

L'uncinetto estratto presenta 16 cm. di lunghezza, è di osso ed ha un diametro di circa 2 mm.

L'estremo ad uncino era rivolto in alto.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso in cui è stata riscontrata la presenza di un lungo corpo estraneo nella cavità addominale introdotto dall'utero, rimasto in questa sede per ben dieci giorni, ed estratto per via laparatomica.

BIBLIOGRAFIA.

FRANCINI. Atti Associazione Medica Triestina, 1928 (rifer. Policlinico, Sez. Prat., fasc. 33).
FILIPPI. *Trattato di Medicina Legale*. Editrice Vallardi, Milano.
HABERDA. Wiener Klin. Woch., 1929.
SENTEX. Citato da FILIPPI.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI

Tonsillotomo diatermico

per il dott. GASTONE CIONI (Empoli).

La diatermia, che da non molto è entrata a far parte dell'istrumentario chirurgico, offre indubbiamente in ogni campo alla tecnica operativa servigi di importanza assoluta, ma il carattere di questa mia breve nota non mi consente di intrattenermi sui vantaggi che ha tratto dalla recente e preziosa conquista la chirurgia generale.

È indiscutibile che se l'uso della corrente diatermica ha incontrato negli interventi più svariati il favore incondizionato dei Chirurghi, trova nella operazione di cui intendo qui occuparmi (la tonsillotomia) l'assoluto e più razionale impiego.

L'istrumento di cui mi valgo, costruito in metallo e rivestito di materiale isolante, porta un'ansa di acciaio, percorsa da corrente, capace di scorrere, con opportuno meccanismo di trazione, nel corpo dell'apparecchio recidendo così la tonsilla precedentemente afferrata.

Il tonsillotomo è rappresentato in modo schematico dal disegno: 1) Porzione fissa del

tonsillotomo. 2) Sua estremità inferiore incavata a semiluna onde adattarsi al corpo tonsillare. 3) Sua estremità superiore portante un anello per la pressione da esercitarsi col pollice. 4) Porzione scorrevole dello strumento, nelle due posizioni consentite dalla escursione massima, portante l'ansa in filo di acciaio riprodotta pronta per afferrare la tonsilla (5) ed allogata nella sua doccia (5'). 6-6') assicelle per la trazione dell'ansa da esercitarsi con l'indice e con l'anulare. 7) filo conduttore di corrente.

Operazione: preparato l'ammalato come per l'operazione da praticarsi con i comuni metodi, applico alla nuca a perfetto contatto con la cute l'elettrodo negativo (una piastra di piombo di circa cm. 15 × 5) collegato per mezzo di filo conduttore all'apparecchio di diatermia, preparo il tonsillotomo, connesso con l'altro cavo inserito sull'apparecchio generatore, dando all'ansa, che è possibile regolare a seconda dei casi, la circonferenza adatta al volume della tonsilla da operare. Io son solito

afferrare e stirare la tonsilla con una pinza dentata, che faccio passare per l'ansa, in modo da snidarla dalla sua loggia ed assicurarla entro il filo metallico che con una prima trazione (a ghiaccio) la strozza alla sua base impedendole di sfuggire alla presa: tolgo allora la pinza e rapidamente, immessa corrente nel circuito mediante un interruttore a pedale, esercito la trazione sull'ansa che recide rapidamente il tessuto.

Il tonsillotomo è subito pronto per la seconda tonsilla senza bisogno di ricorrere a dar la forma conveniente al filo di acciaio od a sostituirlo (come sarebbe indispensabile con un comune serra-nodi) giacchè l'ansa sospinta fuori dallo strumento mantiene la sua normale curva.

Orbene io ritengo per certo che, anche a prescindere dagli altri vantaggi ai quali ognuno può dare un valore soggettivo, (nettezza del campo per la esecuzione in bianco dell'intervento, diminuzione del dolore, più rapida riparazione della superficie cruenta) il fatto che incondizionatamente deve destare la simpatia dell'operatore è la garanzia assoluta da emorragie immediate e secondarie. Infatti nella superficie di taglio — che appare in minimo grado mortificata e riacquista immediatamente, dopo la rapida ischemia che segue al taglio, il normale colorito roseo — l'emostasi è perfetta.

Il metodo, tutt'altro che indaginoso, ci mette dunque a riparo da ogni rischio e ci consente di praticare la tonsillotomia ambulatoriamente senza alcuna preoccupazione.

RIASSUNTO.

L'A. presenta un tonsillotomo costituito da un'ansa metallica percorsa da corrente diatermica e scorrevole mediante opportuno meccanismo, che recide la tonsilla rapidamente con garanzia assoluta della emostasi.

CONFERENZE.

Ittero emolitico.

Su questo argomento ha fatto una conferenza Lord Dawson of Penn (*The British Medic. Journ.*, 30 maggio 1931). L'ittero emolitico ha un grande interesse, perchè implica lo studio delle origini e del destino del sangue e della bile come pure delle funzioni del midollo osseo, del fegato e della milza.

È stabilito ormai che *il pigmento biliare*, contrariamente ai sali biliari, si forma in maggior parte fuori del fegato.

Difatti, Whipple e Hooper l'hanno trovato nel sangue di cani il cui fegato era stato escluso dalla circolazione (in questi cani comparve anche ittero) e Mann coi suoi collaboratori trovò bilirubina nel plasma sanguigno dopo estirpazione del fegato. Inoltre legando il dotto biliare comune ed asportando la cistifellea in un cane compariva bilirubina nel plasma, come pure se ad un cane si estirpava il fegato. Lo stesso risultato si è ottenuto estirpando tutti gli organi addominali; dopo quest'intervento il sangue venoso e arterioso del rene e quello di un arto non mostravano differenze, mentre il sangue venoso del midollo osseo e della milza conteneva più bilirubina del sangue arterioso. Quindi milza e midollo osseo sono la sede di formazione della bilirubina.

La bilirubina si forma anche per opera delle cellule reticoloendoteliali.

Ci sono due tipi di *iperbilirubinemia*: uno dovuto a ritenzione della bilirubina nel sangue e uno dovuto al passaggio di bilirubina dalle vie biliari a quelle sanguigne.

La reazione di van den Bergh permette di distinguere le due vie.

L'ittero emolitico non è mai molto intenso, compare per lo più nell'infanzia. Esso produce notevole quantità di stercobilina e per questo l'urobilinuria è molto intensa. La milza è sempre palpabile ed è più o meno aumentata di volume in toto; ma il suo volume non è proporzionale alla gravità del caso.

L'anemia che accompagna l'ittero emolitico è un'anemia secondaria, ma qualche volta può assumere il quadro dell'anemia perniciosa. C'è una spiccata microcitosi con numero relativamente alto di reticulociti. La resistenza globulare è notevolmente ridotta. È stato dimostrato un rapporto fra resistenza globulare e dimensioni dei globuli rossi, nel senso che più sono piccoli e più sono fragili.

L'ittero emolitico trae giovamento dalla splenectomia, è una malattia familiare. La malattia può durare anche 20 anni. Non è prudente praticare la trasfusione sanguigna, che dà risultati migliori in altre anemie (p. e. la perniciosa).

Un certo numero di malati di ittero emolitico muore; la causa di morte può essere l'ane-

mia emolitica, o una colangite, o una malattia intercorrente.

Cura. — I risultati della splenectomia sono buonissimi: l'ittero scompare rapidamente, e rapidamente il numero delle emazie ritorna normale. Il malato più giovane operato aveva 10 anni. Negli ammalati di oltre 40 anni la splenectomia non è consigliabile. Se si deve intervenire anche sulla cistifellea, è bene non fare i due interventi contemporaneamente.

A volte la splenectomia non è seguita da ripristino del numero delle emazie; in questi casi bisogna pensare ad una concomitante lesione midollare.

L'A. dopo aver descritto *le lesioni anatomo-patologiche* della milza e del fegato si ferma ad esaminare minutamente quelle del midollo osseo. Esso si presenta ad occhio nudo come midollo rosso, senza grasso; microscopicamente ha più emoblasti che leucoblasti e più normoblasti che megaloblasti.

Però quando compaiono fenomeni di esaurimento nella rigenerazione sanguigna il midollo ha tendenza a farsi megaloblastico.

Lord Dawson mette in dubbio l'esistenza di forme di ittero emolitico acquisito.

R. Lusena.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

Diagnosi dei tumori temporali.

(De Martel. *Revue de Médecine,* maggio 1931).

I successi della chirurgia dei tumori cerebrali hanno reso più necessaria la diagnosi precoce di tali affezioni. I mezzi diagnostici si sono affinati ed ora è possibile precisare l'esistenza di un tumore del lobo temporale, che finora era ritenuto difficilmente o niente affatto localizzabile.

Al riguardo bisogna prendere in esame le modificazioni del campo visivo, le convulsioni generalizzate, le crisi unciformi, le allucinazioni visive, l'afasia.

Fino a pochi anni fa la perimetria era poco utilizzata per la diagnosi di tumori cerebrali. Si riteneva generalmente che le lesioni del lobo temporale e occipitale determinavano una emianopsia bilaterale omonima. E non si poneva mente che un tal sintomo era rilevabile solo quando si erano verificate già lesioni estese ossia in un periodo avanzato della malattia.

Grazie ai lavori di Cushing ora si sa che un'emianopsia del quadrante superiore o un semplice restringimento omonimo della parte superiore del campo visivo consente di localizzare la lesione nella parte più anteriore e bassa del lobo temporale del lato opposto, mentre un'emianopsia omonima del quadrante inferiore o un restringimento omonimo della parte inferiore del campo visivo indica una lesione della parte alta e posteriore del lobo temporale.

In effetti le radiazioni ottiche lasciando il ganglio genicolato dirette verso la scissura calcarina si dividono in due fasci: uno di questi fasci destinato alla parte inferiore della calcarina, si dirige in avanti ed in basso per fare il giro del corno temporale del ventricolo laterale e descrive un'ampia spira prima di portarsi indietro ed in alto verso la faccia interna del polo occipitale del cervello; l'altro fascio, destinato alla parte superiore della calcarina, segue un cammino più breve ed occupa la parte alta e posteriore del lobo temporale.

Questi due fasci nelle prime fasi di sviluppo di un tumore possono assere lesi isolatamente, e se si pratica la perimetria tempestivamente ed accuratamente, si possono riscontrare nel campo visivo zone di cecità laterali superiori od inferiori più o meno ampie, che sono in rapporto a lesioni di ciascuno di detti fasci.

Aumentando di volume il tumore finirà per comprimere l'insieme delle radiazioni ottiche e si avrà un'emianopsia bilaterale omonima completa, il che non consente di distinguere un tumore temporale da uno occipitale, che dà il medesimo disturbo visivo.

Le convulsioni generali non sono rare ma non hanno alcun valore per la localizzazione del tumore.

Più significative sono le crisi unciformi, consistenti in sensazioni olfattive e gustative quasi sempre sgradevoli seguite da uno stato di assenza o di sogno e spesso da allucinazioni visive. Si riscontrano nei tumori del lobo temporale prossimi all'uncino dell'ippocampo.

Ancora maggior valore diagnostico hanno le allucinazioni visive. Spesso fanno parte delle crisi unciformi e compaiono contemporaneamente alle allucinazioni affettive e gustative. Sembrano legate all'irritazione delle fibre ottiche o del ganglio genicolato. Sono costituite da figure animate, persone o animali, in genere più piccole delle naturali, ed hanno nelle varie crisi sempre il medesimo contenuto. Queste allucinazioni complesse sembrano legate a lesioni del lobo temporale, mentre che nelle lesioni occipitali si hanno più spesso allucinazioni semplici (fiamme, scintille, ecc.).

Nei tumori del lobo temporale di sinistra si ha l'afasia di Wernicke. L'infermo pure articolando facilmente le sillabe non può dire ciò che vuole, comprende male ciò che gli si dice ed esegue male gli ordini.

Data l'impossibilità o la difficoltà di distinguere in alcuni casi la localizzazione temporale da quella occipitale di un tumore è buona pratica chirurgica operare il malato seduto ed aprire una larga breccia temporo-occipitale in modo da potere esplorare l'una e l'altra regione.

Talvolta il tumore temporo-occipitale può dare per compressione sintomi cerebellari (nistagmo, andatura a zig-zag, vertigini, atassia). In questi casi e quando non è possibile praticare l'esame del campo visivo (per la cecità o lo stato mentale del soggetto) conviene praticare la ventricolografia allo scopo di distinguere un tumore temporo-occipitale da quello cerebellare. DR.

Statistica di un anno di chirurgia cerebrale a proposito dei tumori dell'ipofisi.

(DE MARTEL. *Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, n. 12, 4 aprile 1931, p. 480).

L'A. ha praticato dal 1° marzo 1930 al 1° marzo 1931, n. 130 interventi cerebrali; sono morti 34 ammalati (26 %). Sono compresi operazioni a scopo decompressivo, oppure asportazioni parziali o totali di tumori cerebrali (26 con 3 morti), di tumori della regione chiasmatica (17 con 3 morti) o di tumori cerebellari (55 con 14 morti). Negli altri si trattò di decompressione sottotemporale con o senza lembo osteoplastico a scopo esplorativo, per tumori a volte inoperabili.

Il miglioramento dei risultati operatorii è dovuto ad accurata sorveglianza e preparazione dell'operato, ed alla migliorata tecnica della operazione, che è espletata con grande lentezza, ed in anestesia locale. Gli spazi sottoaracnoidei sono drenati per evitare l'ipertensione e la dilatazione ventricolare. L'emostasi è assicurata con muscoli di uccelli.

L'A. esplora la regione chiasmatica e sellare per via intradurale, in questi ultimi tempi, incidendo largamente la dura madre e mettendo l'ammalato in posizione orizzontale; così il cervello, ricadendo indietro, cessa di essere in contatto con il piano anteriore del cranio e scopre l'origine dei nervi ottici e della regione sellare (tecnica di Adson).

Molti dei malati morti sono deceduti alcune settimane dopo l'operazione.

I tumori sellari e soprasellari possono essere tumori dell'ipofisi, meningiomi soprasellari, cisti congenite.

I tumori dell'ipofisi sono quasi sempre adenomi, che producono alterazioni sulla sella turcica, la quale si può presentare dilatata, da non confondersi con l'appiattimento, che si ha anche con l'idrocefalo. È da menzionare che l'adenoma è malattia dell'adulto. Ma anche il meningioma soprasellare e la cisti di Ratke sviluppandosi possono produrre simili alterazioni sellari.

Per le cisti si aggiunge la presenza di ombre calcaree.

La compressione nel chiasma produce una degenerazione retrograda delle fibre ottiche, provenienti dalle estremità vasali della retina, con conseguente emianopsia bitemporale, ed atrofia bianca delle papille.

Si aggiungono i segni di iper- ed ipopituitarismo, legati alla struttura anatomica dell'ipofisi. Più frequenti sono gli adenomi delle cellule cromofobe, di cui non si conosce la funzione, e situate nel lobo anteriore. Le cellule cromofile se acidofile presiedono allo sviluppi dello scheletro, se basofile sviluppano le glandole genitali ed i caratteri sessuali secondarii. Gli adenomi acidofili si accompagnano ad acromegalia, e quelli basofili a sviluppo dei caratteri sessuali secondarii.

Una compressione delle cellule ipofisarie per cisti di Ratke può fare arrestare lo sviluppo somatico.

Nel corso evolutivo dei tumori della regione sellare si può osservare poliemia, polidipsia, glicosuria od ingrossamento anormale.

L'A. riporta i dettagli di 8 osservazioni di tumori soprasellari (adenomi, meningiomi, cisti di Ratke). V. JURA.

Risultati notevoli dell'intervento chirurgico per tumori del midollo.

(DELAGENIÈRE. *Paris Médical*, n. 32, 1930).

L'A. fa rilevare come la chirurgia del midollo abbia raggiunto una grande importanza dopo l'applicazione dell'esame con il Lipiodol e come i classici lavori di Sicard e Forestier abbiano iniziato un'èra nuova in questo campo di tecnica operatoria.

I risultati, infatti, sono non poco migliorati. La precisione della localizzazione e la precocità della diagnosi, prima della comparsa della paraplegia, hanno non poco migliorato la prognosi.

L'A. riferisce su 60 casi, di cui 57 operati da Rabineau e 3 personali.

Da circa 20 anni la mortalità operatoria è non poco diminuita. Secondo la statistica di Bérard (1908) è del 50%, secondo Kraus (32%). L'apertura della dura madre era un fattore di eccezionale gravità.

Il De Martel (1924) parla di una mortalità del 23 %. In America, di recente, la percentuale varia dall'11 % (Mixter) e del 18 %.

Secondo l'A. la mortalità globale è di 6,35%.

Rispetto alla sede, le idee classiche non hanno più valore.

I tumori localizzati nel cono e nella coda equina sono i più gravi dal punto di vista operatorio.

Oggi giorno, due sono i punti più essenziali, allo stato delle nostre conoscenze, e cioè:

1) La prognosi operatoria immediata è in rapporto alla sede del tumore in profondità; benigna se il tumore è extramidollare (epidurale o perimidollare), più grave se è intramidollare.

2) La prognosi terapeutica nei casi di tumori estirpabili, è in rapporto con il periodo evolutivo della malattia, cioè con la precocità della diagnosi.

Per quello che si riferisce alla mortalità nei casi in cui i tumori siano localizzati profondamente l'A. ricorda come ne abbia osservati 48 casi (80 %) comprendenti 12 tumori epidurali e 36 tumori intradurali perimidollari.

Questi 48 tumori hanno dato due morti operatorie, una per shock (tumore cervicale e intracranico) e l'altra per emorragia (tumore della coda equina).

La mortalità è dunque del 4,16 %.

I tumori intramidollari sono 12; con mortalità del 16,66 %.

Sembra, dunque, che la gravità dell'atto operativo sia dovuta alla sede intramidollare del tumore.

I risultati terapeutici, per i tumori enucleabili, dipendono dalla precocità della diagnosi.

a) *Nello stato preparaplegico*, prima della comparsa delle turbe motorie, sono stati operati 10 tumori (1 epidurale, 8 perimidollari e 1 intramidollare. Si è avuta guarigione completa (100 %).

b) *Nello stato di paraplegia spasmodica* sono stati operati 30 tumori epidurali, o perimidollari con una percentuale di guarigione del 73,3 %.

Le turbe post-operatorie lievi sono state puramente funzionali, dolorose.

c) *Nello stato di paraplegia flaccida*, su 8 casi, si sono avuti 5 insuccessi, 1 miglioramento e 2 guarigioni.

In complesso, nello stadio di paraplegia flaccida, l'insuccesso è molto frequente (62,5 %) e la guarigione rara (25 %).

Per quello che si riferisce ai risultati lontani, riassumendo, per i tumori tolti chirurgicamente la guarigione definitiva si ha nell'89,4 %, e nei casi in cui si interviene nel periodo preparaplegico, il risultato è ottimo (100 %). T. LAURENTI.

La malarizzazione preventiva della lue parenchimale nervosa.

(G. PELLACANI. *La Riforma Medica*, 1 giugno 1931).

Spetta al Vidal ed alla sua scuola il merito di avere iniziata, prima ancora dell'avvento della Wassermann, la semeiotica delle reazioni umorali nella sifilide, che doveva in seguito avere grandi sviluppi e grandissima importanza. E fu proprio al Liquor e allo studio delle localizzazioni nervose precocissime che si indirizzarono quelle prime ricerche umorali che poterono svelare, specialmente dopo l'avvento delle altre numerose reazioni meningitiche, la speciale frequenza delle meningiti luetiche del periodo secondario della lues (50 %), meningiti la cui sintomatologia transitoria e di lieve entità non richiamava sufficientemente l'attenzione del clinico.

Ma gli esami sistematici praticati più tardivamente dimostrano che nell'8-10 % dei luetici queste meningiti latenti non si estinguono anzi si aggravano costituendo la *positività tardiva del Liquor* contrapposta alla *precoce* del periodo secondario. La positività tardiva del Liquor può avere caratteri tabo-paralitici iniziali e ciò anche vari anni prima che si manifestino i sintomi neurologici iniziali di questa malattia onde per *periodo presintomatico* della neurolue parenchimale si designa appunto questo generalmente lungo periodo meningeo che la precede e la prepara in modo lento ed insidioso.

Riguardo alla terapia come nel 1910 Ehrlich segnò una nuova potente via con la scoperta degli arsenobenzoli così nel 1917 Wagner Jauregg fissava una nuova tappa nella lotta contro la lues nervosa per mezzo della malarioterapia.

Questa permette oggi di curare con qualche efficacia la paralisi progressiva e la tabe che avevano finora nel 90 % dei casi un progressivo fatale decorso verso la morte.

Si può oggi, per mezzo della malarioterapia, ottenere delle notevoli intermissioni terapeutiche nel 50 % dei casi e delle vere remissioni, talvolta durature, nel terzo circa dei malati. Ciò in rapporto specialmente con lo studio più o meno iniziale in cui vengono curate le malattie. Ma allo stato attuale delle nostre conoscenze e possibilità terapeutiche, compresa la malarioterapia, la lotta più efficace contro le encefalo e mielo-patie sifilitiche parenchimali è di ordine preventivo non curativo. È nella lunga fase preclinica, meningitica della paralisi progressiva e della tabe che va diagnosticato e curato il processo morboso. E' la positività tardiva del Liquor che occorre rilevare nei sifilitici apparentemente guariti. Essa può essere a volte vinta da un intenso trattamento specifico, specialmente arsenobenzolico: ma qualora essa rimanga irriducibile, la riduzione definitiva si ottiene di regola associandovi la malarioterapia.

È questo preventivo, ben più di quello curativo, il campo di applicazione logica ed efficace della malarioterapia. G. LA CAVA.

ORGANI DIGERENTI.

Patogenesi speciale di alcune tifliti e appendiciti.

(F. RAMOND e D. POPOVICI. *La Presse Médicale*, 11 aprile 1931).

Accade frequentemente di operare ammalati con sindrome dolorosa della fossa iliaca destra, di appendicectomia con scarso o nullo risultato.

In genere l'appendice asportata presenta lievi alterazioni. Dopo alcune settimane di miglioramento dovuto alla dieta e al riposo essi ricominciano a soffrire.

Per spiegare questo fatto si è pensato alla possibilità di una tiflite: essa è però molto rara.

È stata chiamata in questione la stasi cecale: essa è frequente ma non sempre dolorosa.

E' stato anche incriminato il cieco mobile, abbassato, le membrane di Jackson, l'epiploite, ecc.: si tratta di costatazioni anatomiche molto rare mentre invece il dolore in quistione è frequente.

Gli AA. propongono una spiegazione nuova della sindrome, basata su considerazioni di fisiopatologia, su operazioni cliniche, anatomopatologiche e sperimentali.

Il cieco e l'appendice, come pure in minor grado il colon ascendente, sono organi di escrezione.

Il passaggio esagerato del prodotto eliminato provoca uno stato congestivo doloroso, donde la sensibilità di tutta la regione iliaca destra.

Il mercurio, il ferro, il bismuto si eliminano perfettamente per la mucosa cecale.

Anche il bleu di metilene può talvolta filtrare attraverso tale mucosa.

L'iniezione endovenosa di tossina difterica o eberthiana provoca talvolta lesioni accentuate di tutta la mucosa ceco-appendicolare.

Anche la bile, quando le vie normali di escrezione sono ostruite, può essere eliminata attraverso la mucosa cecale.

Questa eliminazione speciale della bile spiega la presenza quasi costante di stercobilina nelle feci, pur essendo le vie biliari affatto chiuse, e le colorazioni paradossali delle feci negli itteri di ritenzione.

Sembra dunque che il cieco-appendice sia un organo di escrezione elettiva per alcuni metalli e metalloidi e relativa per altre sostanze, evitando così, in certi stati patologici, il rene nella sua funzione.

In tali condizioni che gli AA. stanno ancora studiando l'escrezione attraverso il cieco si esagera e questo iperfunzionamento si traduce con una reazione dolorosa di tutto il cieco e l'appendice. Ciò conduce ad errori di diagnosi e di cura.

La conoscenza dell'agente irritante, la sua soppressione ed insieme l'aumento della permeabilità renale, hanno fatto scomparire, in alcuni casi trattati dagli AA., per un certo tempo ed anche definitivamente la sindrome dolorosa della fossa iliaca destra.

VICENTINI.

Il meccanismo della dolorabilità alla pressione nelle ulcere gastriche e duodenali.

(MORLEY e TWINING. *Brit. Journ. of Surg.*, vol. XVIII, n. 7).

Gli AA. discutono le teorie di Mackenzie e di Hurst sul meccanismo di produzione del dolore profondo provocato dalla pressione in casi di ulcere gastriche e duodenali.

Hanno studiato allo schermo radiologico 25 pazienti con ulcere croniche che presentavano questo sintomo, e hanno visto che il punto maggiormente dolente alla pressione profonda sulla parete addominale anteriore corrisponde generalmente alla nicchia dell'ulcera, e cambia di posizione cogli spostamenti dello stomaco nelle diverse posizioni del corpo.

Tale reperto è in aperta contradizioni colla teoria di Mackenzie dei riflessi viscero-sensoriali.

Riferiscono del resto casi nei quali lo stomaco ulcerato e infiammato, scoperto previa anestesia locale delle pareti si dimostrò affatto insensibile alla pressione.

Ritengono che la dolorabilità alla pressione sia dovuta alla stimolazione del peritoneo parietale per parte dell'area gastrica o duodenale alterata dalla presenza dell'ulcera, e che tali stimoli si irradino dai nervi del peritoneo parietale ai filetti più superficiali dei nervi spinali che innervano la parete.

M. ASCOLI.

Il trattamento delle diarree estive della prima infanzia.

(P. BAIZE. *Bulletin médical*, 11 luglio 1931).

La *profilassi* di queste forme che costituiscono la causa più importante della mortalità infantile nell'estate, si basa soprattutto sui seguenti principî:

1) Non praticare il divezzamento o la modificazione del regime durante l'estate;

2) Usare un'antisepsi rigorosa: sterilizzazione dei poppatoi, dei cucchiai, dei piatti, pulizia rigorosa delle mani, protezione dalle mosche, dalle zanzare, ecc. Tutte misure che vanno applicate col massimo rigore nelle agglomerazioni dei poppanti.

3) Attenuare gli effetti nocivi del caldo: vestiti leggeri, abbondante aereazione (la temperatura della camera non dovrebbe superare i 20°), bagni freddi ed eventualmente anche alimentazione fredda.

Il *trattamento* deve essere anzitutto precoce, facendo bene attenzione ai sintomi d'allarme (feci da dispepsia di latte di mucca, feci male digerite o fetide, vomiti, ecc.).

TRATTAMENTO DIETETICO.

È essenziale stabilire fin dall'inizio delle diarree coleriformi la *dieta idrica*, preferibilmente con acqua pura (o con infusi leggeri di tè o di menta). La quantità giornaliera dovrebbe possibilmente corrispondere a 150 cmc. per Kg. di peso; spesso, però, è difficile somministrare tale quantità, poichè il bambino vomita oppure beve con difficoltà; nel primo caso, si darà acqua fredda o ghiacciata, nel

secondo, si moltiplicheranno le somministrazioni diminuendo le dosi (1-2 cucchiai ogni mezz'ora od un cucchiaino ogni 3/4 d'ora). Se il bambino beve volentieri e non vomita, è meglio dare dell'acqua un po' tiepida ogni 3 ore.

La dieta idrica va mantenuta da 1 a 3 giorni; dopo i 4, anche se le feci rimangono diarroiche e la febbre ed i segni di intossicazione persistono, è meglio incominciare l'alimentazione. Nei deboli, avrà la durata di qualche ora, al massimo di 24; negli ipotrepsici ed atrepsici è controindicata.

Quando la dieta idrica deve continuare per oltre 48 ore giova sostituirla con la somministrazione di acqua di riso o di brodo di legumi poco salato.

Se dopo 3 giorni di dieta idrica non si hanno segni evidenti di miglioramento, la prognosi va considerata come fatale.

La *rialimentazione dopo la dieta idrica* è il problema più difficile nel trattamento delle diarree estive. Si deve tener presente che essa va fatta con la massima prudenza. *Prima del 5° mese*, l'alimento ideale per tale ripresa è il latte di donna (però assai difficile ad aversi); in sua mancanza, si ricorrerà al latte di asina, al latticello, al latte concentrato e zuccherato, alla polvere di latte magro o semimagro. Il latticello si dà a dosi di 5-10 grammi, 8-10 volte al giorno, mescolato con acqua di riso o brodo di legumi; se ne aumenta man mano la dose fino ad arrivare, dopo una settimana, all'alimentazione completa con esso.

Con la massima prudenza si daranno il latte concentrato o secco: mezzo cucchiaino per ogni poppatoio di acqua di riso aumentando gradatamente fino alla razione normale di un cucchiaino per ogni 40 cmc. di acqua (per il primo) e di un cucchiaio per ogni 50 cmc. per il secondo.

Soltanto molto tardivamente, si ritornerà al latte di mucca, contro il quale il poppante diventa spesso intollerante, per cui si deve talora ricorrere ai regimi senza latte.

Analogamente si procede dopo il 5° mese, tenendo però presente che a tale età il latticello è male tollerato. Si ricorre allora di preferenza alle pappe maltosate, preparate dapprima con acqua o brodo di legumi e poi gradatamente con latte concentrato o secco e da ultimo con latte di vacca. Sono utili le proteine vegetali (farina di soja) ed alcune specialità del tipo del Larosan (nucleinato di calcio).

TRATTAMENTO MEDICAMENTOSO.

Comprende:

1) *Gli antidiarroici.* Nelle forme leggere si potranno dare i purganti leggeri (controindicati nelle diarree profuse) quali la magnesia idrata, la manna, l'olio di ricino e specialmente il solfato di sodio (dosi da cg. 25, 4 volte al giorno, per un bambino di 15 mesi).

Quando le feci sono alcaline e fetide, è utile il citrato di sodio (1-2 g. al giorno) o, meglio, l'acido lattico a dose debole (g. 0,50-1 con 20 g. di sciroppo di limone ed acqua distillata q. b. per 80 cmc.); uno-due cucchiaini prima di ogni poppata.

L'acido lattico può essere associato agli astringenti, come nella formula seguente. Tannigeno cg. 60; Acido lattico g. 2; Sciroppo semplice g. 30; Acqua dist. q. b. per cmc. 90, un cucchiaino prima di ogni poppata.

Se le feci sono acide e poco puzzolenti, si darà la preferenza all'acqua di calce (1-2 cucchiaini prima di ogni poppata) edulcorata con sciroppo semplice; essa riesce bene specialmente nei bambini allevati al seno.

Quando la diarrea si prolunga, sono indicati gli astringenti, quali il bismuto (sottonitrato g. 2 in giulebbe gommoso q. b. per g. 90; 1-2 cucchiaini ogni 3 ore) ed i preparati tannici (tannigeno g. 0,50-1 ogni 24 ore) ratania (estratto molle: cg. 15 nelle 24 ore), ecc.

In qualche caso, in cui si può ritenere che la diarrea provenga da insufficienza dei succhi digerenti, si potrà dare l'acido cloridrico (cmc. 0,50 con sciroppo semplice g. 50 ed acqua dist. g. 100; un cucchiaino prima di ogni poppata), la pepsina e la pancreatina.

2) *Gli antiinfettivi.* Nelle forme comuni di diarrea, è utile il benzonaftol (g. 1,50 con sottonitrato di bismuto g. 6, in giulebbe gommoso q. b. per g. 120; otto cucchiaini nelle 24 ore). Rientra in questa categoria la batterioterapia lattica, in forma di colture liquide. Pochi risultati sono da attendersi dalla sieroterapia.

3) *I reidratanti e nutritivi.* Utili sono le iniezioni sottocutanee di siero fisiologico (o di altri consimili) a dosi di 25-100 cmc., 1-3 volte al giorno, che agiscono soprattutto introducendo del sale che favorisce la ritenzione di acqua (donde talora la formazione di edemi che possono costituire un inconveniente serio). Molto diffuso è l'uso di soluzioni di glucosio isotoniche (47,5/1000) o leggermente ipertoniche (50-60/1000) a dosi di 100-150 cmc. nelle 24 ore.

4) *Gli stimolanti.* Offrono notevoli servigi le iniezioni di olio canforato, meglio ancora etereo-canforato (Canfora cg. 50; Etere solforico cmc. 2; Olio di olive sterilizzato cmc. 8: 1/2-1 cmc. 2 volte al giorno), la caffeina, la stricnina (1/4-1/2 mg. per iniezione sottocute nelle 24 ore).

5) *Mezzi accessori.* Sono costituiti da: bagni (caldi se la temperatura non oltrepassa 38°, prolungati per 5-10 minuti e seguiti da frizione con alcool; più freschi — a 35°-36° — se la febbre è elevata).

Se si ha algidità periferica netta, si avvilupperà il bambino con ovatta e si metteranno borse di acqua calda. Si avrà grande cura della pulizia della pelle e delle mucose; utile, nei vomiti e nell'agitazione, il gardenal (compresse da 1 cg., 2-4 al giorno).

Le lavature gastriche od intestinali sono spesso più dannose che utili.

ORGANIZZAZIONE DEL TRATTAMENTO.

1) *Nelle diarree dei poppanti allevati al seno.* Basta, generalmente distanziare le poppate e diminuirne il volume o, se la diarrea è intensa, sopprimerne 3-4 sostituendole con altrettanta acqua di riso. Clisteri (1-2 al giorno) con 150-200 cmc. di acqua di malva; acqua di calce, bismuto, benzonaftol, acido lattico e, se si presume vi sia insufficienza digestiva, acido cloridrico o pancreatina.

2) *Nelle diarree dei poppanti ad alimentazione artificiale.* Vi sono diverse forme:

a) *diarrea comune*: feci muco-grumose, verdastre, alcaline, di odore spesso putrido, più raramente liquide. Dieta idrica, da far durare non più di due giorni; poi, latticello o latte condensato o secco. Non purganti, qualche volta i clisteri sono utili. Poca azione ha l'acqua di calce; qui valgono meglio gli antidiarroici (bismuto, benzonaftol, fermenti lattici, ecc.);

b) *enterocolite dissenteriforme*: piuttosto rara, con feci mucose o muco-sanguinolente, poco abbondanti, ripetute; vi sono coliche. Dieta idrica; acqua bollita il primo giorno, acqua di riso o brodo di legumi il secondo; a partire dal terzo 2-3 pappe di crema di riso, a cui si aggiungeranno quantità crescenti di latte; prima dei sei mesi, le pappe devono essere maltate. Utili possono riuscire i lievi purganti (olio di ricino, solfato di sodio, mai calomelano!) ed in seguito, i tannacei, il bismuto; in caso di coliche, il laudano, le compresse calde sull'addome.

c) *diarrea coleriforme*: il trattamento va applicato per così dire d'urgenza; vi sono forme fulminanti in cui ogni terapia è vana, ve ne sono però altre in cui il trattamento bene istituito può dare buoni risultati. Dare subito dieta idrica stretta, sostenere lo stato generale con canfora, caffeina, stricnina, bagni. Reidratare il bambino per via parenterale.

Astenersi assolutamente dai clisteri e dai purganti, dagli oppiacei ed anche dagli antidiarroici; questi ultimi si potranno dare soltanto dopo qualche giorno, parallelamente alla ripresa dell'alimentazione.

Quando il bambino guarisce, possono rimanere dei disturbi digestivi in rapporto con l'insufficienza epatica e con l'anemia; in questi casi, risponde bene l'epatoterapia.

fil.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

A. STRÜMPELL. *Guida all'esame e alla diagnosi delle più importanti malattie del sistema nervoso.* Traduzione del prof. V. NERI. Editore L. Cappelli, Bologna. L. 25.

È stata veramente lodevole l'idea del Prof. Neri di tradurre in veste italiana corretta e chiara questo piccolo trattato già conosciutissimo all'estero, ultima fatica del clinico insigne di Lipsia. Questi si dirige col suo volumetto non ai neurologhi, ma a coloro che, senza poter o voler approfondire le nozioni della specialità, desiderano mettersi al corrente e rendersi famigliari con i più importanti progressi compiuti dalla neuropatologia in questi ultimi decenni. L'A., dopo aver metodicamente esposto la maniera di esaminare le malattie organiche e funzionali più comuni, la conoscenza delle quali riesce di maggiore interesse per il medico generico. Sono lasciate da parte tutte le neuropatie rare. La grande dottrina e la consumata competenza, hanno permesso all'A., di esporre con sobrietà e precisione quello che è essenziale e indispensabile nella pratica neurologica quotidiana.

G. AYALA.

L. R. MÜLLER. *Lebensnerven und Lebenstriebe.* Editore J. Springer, Berlino, 1931, Mk. 96.

La terza edizione di questo grosso volume che L. R. Müller ha redatto in collaborazione con egregi neurologi tedeschi conserva il piano delle precedenti, ma su queste ha il vantaggio della maggiore completezza.

L'opera costituisce la trattazione più dettagliata sul sistema nervoso vegetativo sotto tutti i punti di vista: anatomico, fisiologico e clinico.

Nei vari, densi capitoli sono ampiamente descritte la morfologia del sistema nervoso vegetativo periferico, dei rispettivi centri nel midollo, nel bulbo, nel ponte, del mesencefalo, del diencefalo.

Segue la trattazione della fisiologia generale del sistema nervoso vegetativo, le sue relazioni sull'apparato endocrino, la sua influenza sul bilancio idrico e sul ricambio generale, sul sangue, sui vasi, sulle meningi e sul sistema nervoso centrale, sul cuore, su i vari organi interni, sui vari tessuti, sulla cute, sull'attività psichica.

Capitoli non meno interessanti sono dedicati alla farmacologia ed alla patologia del sistema nervoso vegetativo.

Ogni capitolo costituisce sull'argomento una esauriente monografia.

DR.

---

(1) **Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.**

F. KEHRER. *Die allgemeinerscheinungen der Hirngeschwülste*. Vol. di pag. 116 con 11 fig. Edit. G. Thieme, 1931, M. 10,50.

Il Kehrer, direttore della Clinica Neurologica di Münster, si occupa in questo studio clinico e critico esclusivamente dei fenomeni generali dei tumori del cervello.

Nella prima parte del volume studia i sintomi più conosciuti e ne discute il valore sia dal punto di vista della diagnosi in generale che di quella più particolare della localizzazione.

Nella seconda parte tratta di un gruppo di sintomi generali dei tumori cerebrali, gruppo in parte fino ad oggi sconosciuto e osservato dall'autore e in parte poco conosciuto. Si tratta di una serie di sintomi cui non è possibile accennare nei limiti della recensione ma su cui è importante richiamare l'attenzione del medico. P. VALDONI.

R. LEROY e G. MÉDAKOVITCH. *Paralysie générale et Malariathérapie*. Editore Doin, Parigi. Prezzo Frs. 80.

La scoperta di Wagner-Jauregg, che ha modificata la prognosi della paralisi progressiva, ha avuto lunghissime applicazioni ed ha suscitato studi innumerevoli.

La bibliografia sull'argomento è diventata ricchissima e perciò difficile un rapido e sicuro orientamento.

Il libro di Leroy e Médakovitch trattando a fondo la malarioterapia nei suoi precedenti, nei suoi effetti e nella sua efficacia dà ad ogni medico la possibilità di rendersi conto della sua importanza, delle sue indicazioni, della sua tecnica. DR.

VERA STRASSER. *Die Denkmethoden und ihre Gefahren*. Vol. di pag. 526. Edit. G. Thieme, Lipsia, 1931.

È una monografia estesa di stretto interesse per psichiatri e psicologi. La trattazione è divisa in 30 capitoli di cui accenniamo alcuni come l'Idea, la Fede, la Suggestione, l'Errore, ecc. P. VALDONI.

RIVISTE SINTETICHE

ISTITUTO DI RADIOLOGIA E TERAPIA FISICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PERUGIA
diretto dal prof. EUGENIO MILANI.

Lesioni da elettricità

(con speciale riguardo alle lesioni prodotte da apparecchi elettromedicali).

Prof. BRUNO BELLUCCI, aiuto.

La enorme e sempre crescente diffusione, che le correnti elettriche ed i relativi apparecchi di utilizzazione hanno assunto in questi ultimi tempi, ha naturalmente anche accresciuto il numero degli accidenti provocati dalle correnti elettriche stesse, e quasi quotidianamente è dato di leggere nei giornali la descrizione di qualche caso di grave lesione o di fulminazione da corrente elettrica. Se in molti di questi casi la lesione era inevitabile, perchè dovuta a fatti accidentali ed indipendenti del tutto dalla persona lesa (ad es.: caduta di fili elettrici spezzati), non è men vero però che in un gran numero di casi, forse maggiore del precedente, l'accidente è provocato dalla mancanza di attenzione o dalla scarsa e nessuna conoscenza degli effetti che la corrente elettrica provoca sull'organismo, e dalla eccessiva dimestichezza che quasi la totalità delle persone ha con questa speciale forma di energia. È assolutamente necessario quindi diffondere nel maggiore e miglior modo possibile la conoscenza dei pericoli offerti dalla corrente elettrica al nostro organismo, facendo comprendere in modo chiaro e preciso che la *corrente elettrica, di qualunque tipo ed in qualsiasi apparecchio utilizzata, è sempre pericolosa* ed, in determinati casi può rappresentare la causa di gravi lesioni del nostro organismo ed anche della morte.

Lo scopo di questo mio lavoro è precisamente quello di richiamare l'attenzione sulla pericolosità delle correnti elettriche, e di consigliare prudenza e diffidenza verso le correnti elettriche stesse, che, per l'assenza quasi costante di ogni manifestazione che riveli la loro presenza ai nostri sensi, rappresenta una specie di continua insidia, in cui non è improbabile cadere anche da parte di persone caute e prudenti, ma ignare dei pericoli che l'elettricità offre in speciali condizioni purtroppo non infrequenti a verificarsi.

CAPITOLO PRIMO.

MECCANISMO DI PRODUZIONE DELLE LESIONI DA ELETTRICITÀ ATMOSFERICA.

Uno degli accidenti da elettricità, che più impressiona l'uomo, e che si verifica con relativa frequenza (in Italia circa 200 casi per anno) è la *folgorazione*, cioè l'azione della scarica elettrica di una nube temporalesca sul corpo umano; classica è l'esperienza di Franklin; il Ruhmann, nel ripeterla, ne rimase vittima.

La folgore, o fulmine, è costituita da una scarica elettrica provocata dalla differenza di potenziale fra due nubi temporalesche, o fra queste e la terra. Si tratta sempre di elettricità statica prodotta in genere dalla condensazione del va-

pore acqueo per l'incontro di una corrente di aria fredda.

La differenza di potenziale è enorme: può calcolarsi approssimativamente in molti milioni di volta, in considerazione della lunghezza della scintilla, che può raggiungere anche qualche chilometro; la intensità della scarica può con approssimazione esser calcolata in centinaia o migliaia di ampères, tenendo conto degli effetti termici e meccanici che la scarica in genere produce. La durata della scarica viene calcolata in frazioni di millesimi di secondo.

La scarica del fulmine può assumere una forma lineare od una forma globulare. La prima si manifesta col noto aspetto di lunga scintilla semplice o ramificata, di color giallo violaceo, seguita dal caratteristico rumore del tuono. La seconda si manifesta come un globo di fuoco, che si muove spesso lentamente, strisciando con sibilo caratteristico, o roteando su sè stessa, girando per gli ambienti, perforando muri, finchè ad un certo punto sparisce improvvisamente con uno scoppio fragoroso.

La scarica può colpire l'uomo direttamente, attraversandone il corpo, oppure colpirlo indirettamente con scariche laterali, mentre la scintilla principale si abbatte sul suolo, in modo analogo alle scintille ramificate che si osservano nelle potenti macchine generatrici di elettricità statica. Il fulmine in genere colpisce gli oggetti buoni conduttori della elettricità, e quindi di preferenza i metalli; gli alberi, l'uomo e gli animali sono colpiti perchè abbastanza buoni conduttori di elettricità, data la grande quantità di liquidi organici di cui sono costituiti. Di preferenza il fulmine si scarica su questi corpi conduttori quando essi si trovano al di sopra di una vasta superficie piana od in modo qualsiasi più prossimi alla nube temporalesca carica di elettricità. In ogni modo, perchè il fulmine colpisca tali conduttori, è necessario che essi siano in buon contatto con la terra, su cui si scarica l'elettricità atmosferica; i corpi sospesi ed isolati da terra (aereoplani, dirigibili) non vengono colpiti dal fulmine vero e proprio che si scarica da una nube sulla terra: possono invece essere colpiti da scariche elettriche che si verificano fra due nubi temporalesche con differente potenziale, se l'apparecchio navigante nell'aria si trovi specialmente nella nube in cui il livello di potenziale è più basso.

Per le suddette ragioni il fulmine spesso colpisce gli alberi, e specialmente la quercia, l'olmo, il frassino, il pioppo, ed i numerosi casi di fulminazione di individui, che cercavano di ripararsi da una pioggia temporalesca al disotto degli alberi, debbono essere attribuite a scariche laterali provenienti dalla scarica principale che attraversa l'albero. In alcuni casi l'individuo che si trova vicino ad un oggetto colpito dal fulmine, può ricevere l'impressione di una fortissima scarica elettrica, senza essere invece investito dalla scarica stessa; ciò deve attribuirsi a fenomeni di contraccolpo, analoghi alle correnti di Morton usate in elettroterapia, causati dalla brusca variazione del potenziale elettrico che avviene nel suolo e nei corpi conduttori a contatto con il suolo nella zona che trovasi in prossimità dell'oggetto su cui si è abbattuta la scarica elettrica principale. Va ricordato infine che l'azione del fulmine può essere indiretta, e precisamente dovuta alla combustione di abiti, allo svilupparsi di incendi, oppure al lancio di oggetti, che avvengono nel momento dello scoppio delle scariche globulari, o nel momento in cui la scarica a scintilla si abbatte sulla terra.

Qualunque sia la modalità con cui la scarica del fulmine colpisce l'uomo, si tratta sempre di correnti elettriche di tale intensità e potenziale che gli effetti sono sempre gravissimi. Le statistiche parlano di una mortalità del 60 % dei colpiti (Sestier); di preferenza le classi colpite sono quelle delle persone che, per ragioni di lavoro, si trovano esposte a temporali in aperta campagna od in montagna, quali: contadini, pastori, carbonai, boscaiuoli, ecc.

Gli effetti del fulmine, allorchè questo investe il corpo umano, sono in genere della stessa qualità di quelli che si verificano quando una fortissima scarica elettrica, prodotta da macchine industriali ad alta tensione, colpisce un individuo. Quasi sempre però le manifestazioni sono più imponenti, e ciò si comprende facilmente quando si pensi alla enorme quantità di energia di cui la scarica del fulmine rappresenta l'esponente.

Ci occuperemo quindi delle lesioni prodotte dal fulmine sul corpo umano, nel capitolo in cui tratteremo delle lesioni prodotte dalla corrente elettrica in genere. La differenza è solo questione di grado. Va tenuto presente però che nella folgorazione prevalgono di solito i fenomeni di ustione, dovuti alla vastità della fiammata con cui si manifesta la scarica a scintilla. Nella folgorazione sono anche più frequenti i fenomeni di choc nervoso, e turbe analoghe consecutive (mutismo, paralisi transitorie, ecc.) che non nelle scariche da corrente elettrica artificiamente prodotta. Tali fenomeni, che possono verificarsi anche in persone presenti alla scarica del fulmine, ma non colpiti da questa, debbono essere soprattutto attribuiti allo spavento ed in genere al trauma psichico violento, che non manca mai nella fulminazione, mentre di solito non si verifica nelle scariche di corrente elettrica generata dall'uomo. Così pure ci occuperemo della cura dei colpiti dal fulmine nello stesso capitolo in cui tratteremo della cura dei colpiti da correnti elettriche industriali od elettromedicali.

Per quanto riguarda la prevenzione di tali accidenti poco può dirsi di preciso dato il carattere di imprevedibile e fortuita fatalità con cui quasi sempre essi si manifestano, e dato che qualche volta la scarica del fulmine si effettua con modalità ed in condizioni di ambiente e di tempo, che sembrano in contrasto con le nostre cognizioni in proposito. Va ricordato in ogni modo che è prudente, durante i temporali, tenersi lontano da alberi, specialmente se questi sorgono alti ed isolati in mezzo a vaste pianure o sulla sommità di colline o montagne, o se, per la loro altezza, sovrastano sulle altre piante circostanti o sugli edifici vicini. Analogamente è prudente evitare di salire, durante i temporali, su torri, terrazze, sopra tetti di case, su montagne, o camminare o correre su vaste superfici piane, prive di vegetazione arborea, ed in prossimità di corsi d'acqua. Tutti gli alpinisti sanno che, attraversando in montagna nubi temporalesche, od anche in assenza di queste, e qualche volta col sereno più terso in giornate specialmente molto calde, il

corpo umano può caricarsi di elettricità al punto da vedere sprizzare scintille, o gruppi di scintille crepitanti, a fiocchetto, in corrispondenza delle punte delle dita, sui capelli, sul puntale di ferro dell'alpenstock o della piccozza.

Questo fenomeno di dispersione della elettricità atmosferica attraverso il corpo umano, non raro a verificarsi in alta montagna, prelude in genere il verificarsi di una scarica violenta di fulmine, ed in tali casi gli alpinisti sanno che è prudente distendersi subito in terra, in modo da offrire il minor dislivello possibile fra il proprio corpo ed il terreno circostante, ed attendere in tale posizione che cessi il fenomeno elettrico temporalesco, allontanando da sè bastoni con punte metalliche, o quant'altro possa favorire la scarica atmosferica. Egualmente in montagna è pericoloso servirsi di funi metalliche per superare passaggi di roccia privi di appigli od a strapiombo. Queste corde metalliche possono convogliare la scarica atmosferica e produrre la fulminazione delle persone che si aggrappano ad esse; tale fenomeno, già più volte verificatosi, ad es.: sul Cervino, ha portato all'abbandono quasi ovunque di tali corde o sostegni metallici fissi.

Ciò per quanto riguarda la prevenzione individuale; per la prevenzione collettiva contro la scarica del fulmine sui fabbricati, l'unico mezzo fin qui usato è il parafulmine, che, come è noto, fu ideato dal Franklin. Purtroppo però anch'esso non offre assolute garanzie per gli edifici protetti, poichè, se esso può essere sufficiente a neutralizzare lentamente l'elettricità delle nubi temporalesche, od a convogliare a terra scariche elettriche non molto intense, non è spesso sufficiente a convogliare a terra le enormi quantità di energia generate dalle nubi temporalesche. I parafulmini sono in genere di due tipi: il tipo più diffuso fin qui, quale è stato ovunque fino a poco tempo fa applicato, è quello classico consistente in una lunga asta metallica, terminante a punta od a fascio di punte, collocata verticalmente sul tetto nel punto più alto del fabbricato, e collegata con la terra per mezzo di una corda metallica, o di conduttori analoghi, passanti all'esterno del fabbricato. La comunicazione elettrica del conduttore metallico con la terra deve essere perfetta, altrimenti il parafulmine, facilitando sempre la scarica atmosferica, e non essendo in condizioni di disperderla facilmente a terra, potrebbe costituire un pericolo maggiore che se l'edificio non fosse in alcun modo protetto.

La comunicazione della corda metallica col suolo avviene in genere per mezzo di reti o di grandi lastre metalliche immersi in pozzi di acqua sorgente (non in cisterne) o sotterrate in zone umide del sottosuolo, possibilmente circondando la lastra o la rete metallica con frammenti metallici o con carbone minerale, il che aumenta la superficie disperdente.

Da qualche tempo è in uso anche un altro tipo di parafulmine (tipo Mensel) basato sul principio della gabbia di Faraday; con tale sistema il fabbricato viene circondato da una specie di reticolato di corde metalliche, a larghissime maglie, disposte in genere secondo le linee architettoniche del fabbricato, e tutte ben collegate elettricamente fra di loro. Questa specie di gabbia metallica è in comunicazione col suolo, e nelle parti più alte è munita di molteplici fasci di punte, prive o quasi prive di asta metallica, disposte alla periferia del tetto, sui vertici del tetto stesso e sui comignoli. Lo scopo di questo tipo di parafulmine è, più che di convogliare al suolo la scarica del fulmine, quello di lasciare sfuggire lentamente verso le nubi temporalesche l'elettricità contraria formatasi per influenza nella gabbia metallica, e perciò, meglio che parafulmini, debbono chiamarsi dispersori.

Vanno da ultimo ricordati i parafulmini in uso nelle linee elettriche e sui locomotori per trazione elettrica. La scarica atmosferica può facilmente colpire le linee elettriche ed essere da queste convogliata verso le officine di produzione o verso i locomotori in funzione sulle linee stesse. Tali scariche, convogliate a distanze spesso grandissime dai conduttori elettrici, possono fulminare operai che stiano eseguendo riparazioni sulle linee, ignari del temporale che si svolge a grandissima distanza. Per impedire poi che tali scariche penetrino nelle officine o sui locomotori, il che naturalmente produrrebbe gravissimi danni, si ricorre a dei speciali apparecchi. Questi sono costituiti da spirali di self, precedute da scaricatori, e vengono disposti agli imbocchi delle linee nelle officine, sul tetto dei locomotori, ed anche sui capi terminali delle linee e nei tratti intermedi delle stesse se molto lunghe. La scarica del fulmine, molto intensa e di brevissima durata, provoca tale induzione nelle spire della self che la resistenza al passaggio attraverso la stessa diviene enorme, e la scarica trova minor resistenza, e quindi più facile il passaggio, attraverso lo scaricatore che trovasi prima della spirale di self. Questi scaricatori consistono in molteplici punte collegate con la linea elettrica, ed affrontate a distanza breve, varia a seconda delle tensioni di esercizio della linea, con una serie di punte analoghe connesse elettricamente con la terra. Queste punte possono essere sospese nell'aria o contenute in recipienti isolati ripieni di olio da trasformatori; quest'ultima disposizione favorisce lo spegnersi degli archi che si formano durante le scariche. La tensione ordinaria di esercizio della linea è tale che la corrente elettrica della linea non può normalmente scaricarsi a terra, essendo lo scarto fra le punte superiore alla distanza esplosiva corrispondente alla tensione di esercizio. Viceversa qualsiasi sopratensione causata da fulminazione della linea permette il passaggio della scarica atmosferica al suolo analogamente ai comuni parafulmini in uso nei fabbricati.

CAPITOLO SECONDO.

MECCANISMO DI PRODUZIONE DELLE LESIONI DA ELETTRICITÀ GENERATA A SCOPO INDUSTRIALE E DOMESTICO.

Se da moltissimi secoli è nota la funesta azione del fulmine sul corpo umano e degli animali, pur non essendosi che recentemente spiegato il meccanismo d'azione, solo invece da poche diecine di anni è sorto lo studio dell'azione delle correnti elettriche artificialmente prodotte sul corpo umano. Già fin dall'epoca precedente alla scoperta di Alessandro Volta si conosceva l'elettricità statica, e si conosceva la curiosa e violenta sensazione che si produceva al contatto delle mani con la bottiglia di Leyda caricata. Dopo la scoperta del Volta, sui primi anni del 18° secolo, ebbero inizio le prime esperienze ese-

guite sul corpo umano e degli animali, e su cadaveri, con le correnti elettriche prodotte da pile, ed è curioso leggere le prime descrizioni di tali effetti, miste di meraviglia e di spavento, esagerate nei loro particolari; egualmente interessante è la lettura delle prime ipotesi emesse per spiegare il meccanismo d'azione delle correnti stesse sul corpo umano. Dopo circa 80 anni dalla scoperta del Volta avvenne il primo caso di morte da corrente elettrica prodotta dall'uomo: fu un operaio di Lione che rimase fulminato dal contatto con una corrente alternata a circa 250 volta, prodotta da una macchina elettrica della Siemens. La morte di questo operaio sembrò allora una cosa così strana, dato che non si supponeva che la corrente elettrica potesse uccidere un uomo, che non fu ricercata alcuna spiegazione relativa alle cause della morte dell'operaio stesso. Solo dieci anni dopo, nel 1889, in un caso analogo di fulminazione verificatosi alle Tuileries, il Brouardel stabilì che la corrente elettrica era stata capace di produrre la morte dell'operaio, e concluse che la causa della morte era da ricercarsi nell'arresto del cuore. Fu questa la prima osservazione veramente scientifica relativamente all'elettropatologia. Da allora in poi purtroppo i casi di fulminazione sono andati progressivamente aumentando insieme col rapidissimo sviluppo preso dalla elettricità industriale; la relazione del Langlois al Congresso di malattie del lavoro tenuto nel 1910 parla già di 200 casi di morte da corrente elettrica. Le statistiche del Gherardi relative all'Italia riportano 44 casi di morte nel 1908, 87 nel 1917, 131 nel 1920: costante progressività dunque proporzionata non solo al diffondersi dell'uso della corrente e degli apparecchi elettrici, ma anche all'aumento di potenza nelle macchine generatrici, ed all'uso crescente di tensioni sempre più elevate. Anche nelle altre nazioni la quantità degli accidenti da elettricità industriale è progressivamente aumentata; fra tutte il triste primato spetta alla Prussia che nel periodo dal 1908 al 1915 ha avuto 1007 casi di morte da corrente elettrica.

Fortunatamente in quest'ultimo decennio il numero dei casi di fulminazione tende a non subire rilevanti aumenti, e ciò è confortante quando si pensi che invece l'uso delle correnti elettriche va diffondendosi in modo sempre crescente, che tutta la nostra penisola è percorsa da linee elettriche a tensioni altissime di centinaia di migliaia di volta, che ovunque treni e tramvie sono mossi dall'elettricità, e che fin nei più lontani casolari brilla con la sua luce la lampadina elettrica ad incandescenza. Questo confortevole risultato è certamente da attribuirsi alla maggior conoscenza dei pericoli che la corrente elettrica offre, ed anche al miglioramento ed alla diffusione dei mezzi di protezione.

Le correnti elettriche sono oggi prodotte artificialmente dall'uomo per mezzo di macchine capaci di trasformare in energia elettrica un'altra forma di energia sia meccanica (forza muscolare di uomini ed animali, azione delle corrente aeree, ecc.) sia termica (motori a vapore, a turbina, a scoppio, differenze di temperatura fra strati profondi e superficiali del mare, ecc.), sia idraulica (cadute di acqua, correnti di fiumi, moto ondoso del mare, ecc.), sia chimica (pile ed accumulatori). E qui va ricordato che dell'elettricità può anche svilupparsi nell'organismo dell'uomo e degli animali in seguito a speciali reazioni chimiche fra i liquidi costituenti l'organismo (ad es.: il ginnoto, la torpedine marina, ecc.) od in seguito al lavoro muscolare.

È noto infatti che ogni contrazione muscolare sia volontaria che involontaria dei muscoli del nostro corpo dà luogo ad una corrente elettrica (corrente di azione) lievissima e di brevissima durata, ma tale da poter essere svelata con apparecchi sensibili, e tale da permetterci anche di indagare sulle condizioni più o meno fisiologiche in cui si trova il muscolo in contrazione (elettrocardiografia). L'elettricità di origine animale (ad eccezione di quella prodotta da alcune specie di pesci, i quali, come è noto, possono produrre scariche elettriche violente, tali da fulminare anche grossi mammiferi, scariche basate sul principio dei condensatori, e quindi in tutto analoghe alle scariche prodotte dagli stessi) è in genere talmente esigua come quantità e come tensione che sfugge alla nostra osservazione ordinaria, ed è unicamente svelata da delicate ricerche sperimentali.

Noi dobbiamo invece occuparci delle correnti elettriche prodotte dalle varie macchine ed apparecchi costruiti dall'uomo, perchè solamente tali macchine ed apparecchi sono capaci di generare una quantità ed una qualità tale di corrente elettrica da riuscire dannosa al nostro organismo.

Le macchine e gli apparecchi che producono elettricità da servire per scopo industriale (forza motrice, riscaldamento, illuminazione) generano due tipi di corrente elettrica, la cui distinzione è molto importante ai nostri fini: corrente continua e corrente alternata. La prima è prodotta da dinamo o da accumulatori, o da raddrizzatori di corrente alternata, ed ha la caratteristica di una polarità costante nei conduttori. La seconda è prodotta da alternatori ed ha la caratteristica di una continua e frequentissima inversione della polarità. Tanto nella corrente continua che nell'alternata la tensione o differenza di potenziale fra i poli della macchina generatrice può essere varia; ma mentre nelle correnti continue la tensione raramente supera qualche centinaio di volta, nella corrente alternata invece la tensione può raggiungere centinaia di migliaia di volta, mediante l'uso di trasformatori elevatori, basati sul fenomeno della induzione elettromagnetica. Questo fenomeno non può verificarsi con la corrente continua, poichè l'influenza sul nucleo di ferro dolce non avviene che se la corrente è allo stato variabile; con la corrente continua può verificarsi solo nel momento dell'apertura e chiusura del circuito. Realizzando rapidissime e frequentissime interruzioni della corrente continua, può aversi la produzione di una corrente ad alta tensione anche con la corrente continua (rocchetto di Rumkorff); però in questo caso la corrente ad alta tensione così prodotta non è più continua ma sibbene alternata, e simile quindi (tranne che per la forma delle curva di corrente) a quella prodotta con i trasformatori di corrente alternata.

Oltre la tensione poi, nella corrente alternata, va considerata anche, agli scopi fisiopatologici, la frequenza della corrente stessa, ossia il numero delle volte in cui la corrente cambia polarità ogni secondo (numero dei periodi). Vedremo infatti che se poca importanza hanno le variazioni di frequenza della corrente alternata al disotto di

un certo limite, manifestandosi con eguali effetti le azioni sul corpo umano ed animale, grande importanza hanno invece le frequenze elevatissime di centinaia di migliaia di periodi al secondo, che rendono tollerabili da parte dell'organismo correnti elettriche di tale potenziale ed intensità, che sarebbero mortali se avessero frequenze molto più basse.

Da ultimo vanno considerate anche le modalità con cui avviene la distribuzione dell'energia elettrica dalle macchine generatrici alle varie località ed agli apparecchi di utilizzazione, attraverso le reti di distribuzione.

Grande importanza ha, ai fini della produzione di lesioni, la esistenza di circuiti neutri a terra, quali molto comunemente si trovano nella distribuzione della corrente continua nelle città, o di circuiti di ritorno della corrente alternata monofase (rotaie dei tram) o di circuiti neutri nella distribuzione della corrente trifase. Questi circuiti neutri, in genere in comunicazione con la terra, facilitano il passaggio della corrente elettrica attraverso il corpo di chi poggia sul suolo le estremità inferiori e sia contemporaneamente in contatto con un conduttore percorso da corrente elettrica.

Sembra che a questi circuiti di terra siano anche da attribuire alcuni fenomeni strani e fin qui poco noti, prevalentemente di natura elettrolitica, che si manifestano nel sottosuolo (correnti disperse) e possono essere causa di accidenti, sebbene in genere non gravi per l'organismo.

Le correnti elettriche prodotte negli stabilimenti ed officine elettriche vengono distribuite spesso a grandissima distanza per mezzo di conduttori elettrici nudi (fili o corde di rame, e recentemente anche leghe di alluminio) sostenuti da isolatori in porcellana o vetro, sorretti da pali di legno, di ferro o di cemento armato, o da mensole murali, in ogni modo disposti sempre in posizioni tali da essere inaccessibili all'uomo ed agli animali.

Più raramente i conduttori vengono rivestiti di vari strati di sostanza isolante (cavi) e vengono allora interrati nel suolo. Se la zona di utilizzazione industriale o domestica è prossima alla officina produttrice, la corrente viene in genere prodotta da dinamo od alternatori a tensioni non elevate, ed è utilizzata direttamente senza subire speciali modificazioni. Se invece la zona di utilizzazione si trova a grande distanza (come in genere avviene attualmente, dato che le officine di produzione, che utilizzano energia idraulica, debbono per necessità essere situate nelle località ove esiste l'energia idraulica stessa) e se la quantità di energia elettrica da trasportare è molto notevole, la corrente elettrica prodotta dagli alternatori, a tensioni che non superano quasi mai qualche centinaio di volta, viene inviata nei trasformatori elevatori, dove il potenziale (voltaggio) subisce un notevolissimo aumento, mentre diminuisce in modo proporzionale la quantità (ampèraggio) rimanendo costante il prodotto di energia (watt-ora). Lo scopo di tale trasformazione in correnti di alta tensione (che tanta parte hanno oggi nella produzione degli accidenti elettrici) è quello di permettere l'uso di conduttori di calibro non molto elevato, dato che, dovendo trasportare a grande distanza ed a bassa tensione le enormi quantità di energia che oggi vengono utilizzate nelle città e nelle officine, occorrerebbero conduttori di calibro enorme per evitare perdite dovute alla resistenza elettrica, e conseguentemente sostegni più vicini e più robusti, e quindi una spesa di gran lunga superiore. Si trovano oggi infatti linee a 150 mila ed anche a 200 mila volta che percorrono centinaia ed anche migliaia di chilometri; spesso la corrente elettrica prodotta dalle cascate dei ghiacciai alpini illumina e riscalda le abitazioni e fa muovere i tram di città dall'estremo meridionale della nostra penisola, grazie a reti costituite da linee di distribuzione sparse per tutta l'Italia.

Queste correnti ad alta tensione subiscono al loro arrivo il processo inverso che alla partenza, ossia per mezzo di trasformatori riduttori vengono portate alla tensione di utilizzazione industriale o domestica, che in genere non supera mai i 250 volta.

Gli accidenti da correnti ad alta tensione avvengono quindi in genere o nelle officine elettriche di produzione o di trasformazione, o lungo le linee aeree.

Nel primo caso si tratta quasi sempre di elettricisti che, per eccessiva dimestichezza dimenticano le norme prudenziali necessarie. Nel secondo caso si tratta in genere di contatti fortuiti per mezzo di lunghi bastoni, di corde, di catene, di scale o di alberi vicini (grande contributo è dato da ragazzi che cercano nidi negli alberi prossimi a dette linee). Rarissimo è il caso di lesioni da caduta di fili spezzati o da caduta dei sostegni di legno e di ferro, oltre che per la grande rarità di tale evento, anche per il fatto che in genere la caduta a terra di un conduttore provoca nell'officina produttrice la fusione di valvole o lo scatto di interruttori di massima, e quindi la immediata sospensione della corrente.

Più frequentemente possono verificarsi degli accidenti elettrici in seguito a caduta di fili, destinati ad altri usi in cui si richiede bassa tensione (telefono, illuminazione), su fili percorsi da corrente ad alta tensione. Come conseguenza di tale fatto si ha il trasporto della corrente ad alta tensione negli apparecchi telefonici e negli impianti di illuminazione, con tutte le conseguenze facilmente comprensibili. In tali casi va notato che in genere non si produce la fusione di valvole o lo scatto di interruttori di massima nelle officine, perchè il contatto avviene fra due conduttori isolati e non vi è quindi messa a terra del circuito. A tali inconvenienti veramente molto rari, si cerca di ovviare mediante l'uso di reti metalliche poste fra le due linee a differente potenziale, in modo che non sia possibile un contatto fra i fili, eventualmente spezzati e caduti, e la corrente ad alta tensione.

Accidenti elettrici possono prodursi anche con cavi portatori di corrente ad alta tensione interrati nel suolo. In genere si tratta di operai che eseguendo lavori di sterro o di scavo urtano con la punta metallica del loro strumento (manico di legno in genere umido, sporco di terra, e quindi buon conduttore della corrente ad alta tensione) il cavo in cui ignoravano la presenza, lacerandone i rivestimenti isolanti. L'accidente può avvenire anche per contatto con altri cavi in cui non circolano correnti elettriche; ad esempio, con cavi di soccorso, destinati ad essere utilizzati solo in caso di guasto del cavo principale, che decorrono per lunghi tratti parallelamente al cavo percorso da corrente; oppure con

cavi in cui circolano correnti debolissime (cavi telefonici); oppure con tubazioni di gas parzialmente isolate da terra, che abbiano un lungo decorso vicino e parallelo al cavo della corrente ad alta tensione.

In tali casi, benchè il cavo conduttore di corrente sia normalmente isolato, i cavi ed i tubi suddetti possono caricarsi di elettricità, per fenomeni di induzione e di capacità, al punto da provocare anche scariche mortali, come non infrequentemente avviene.

Gli accidenti da correnti elettriche a bassa tensione, quali si trovano ordinariamente negli impianti domestici di luce e riscaldamento, sono frequentissimi nonostante che i conduttori disposti nell'interno delle abitazioni, o comunque a portata di mano, siano sempre isolati con strati di gomma, e che gli apparecchi di utilizzazione siano fabbricati in modo che le parti metalliche in cui circola corrente elettrica non possano venire normalmente in contatto con l'organismo.

La grande frequenza di tali accidenti è dovuta a molti fattori: anzitutto alla confidenza che quasi tutti oggigiorno hanno con la corrente elettrica per uso domestico; in secondo luogo alla enorme e sempre crescente diffusione che la elettricità ha assunto in ogni luogo; in terzo luogo alla relativa facilità con cui l'isolamento dei conduttori può venir meno (per logorio della gomma e degli altri isolanti, specialmente facile a verificarsi nei conduttori non fissi e non sostenuti da isolatori); da ultimo alla possibilità che negli apparecchi di utilizzazione (portalampade, interruttori, stufe, ferri da stiro, ecc.) le parti metalliche esterne, che normalmente non sono percorse da corrente, entrino in contatto, a causa di piccoli guasti o di difettoso montaggio, con le parti metalliche conduttrici di corrente.

Va infine ricordato che un'altra causa, che contribuisce in gran parte alla frequenza di tali accidenti, è data dalla facilità con cui moltissime persone, prive di ogni cognizione, sia pur grossolana, di elettricità, si improvvisano elettrotecnici eseguendo impianti e riparazioni, sedotti dalla relativa facilità dell'impresa, ed ignari del pericolo che, nelle loro mani inesperte, la corrente elettrica può rappresentare anche per la vita. Questa è anche una delle cause più frequenti degli incendi prodotti dal cosiddetto corto circuito.

Questa confidenza è anche provocata dal fatto che non vi è ormai persona che volontariamente od involontariamente non abbia, almeno una volta, avuto contatto con un conduttore di corrente elettrica per uso domestico, riportandone solamente una impressione sgradevole più o meno intensa. Questo fatto autorizza a far credere che ogni qual volta si ripeta il contatto con la stessa corrente elettrica, si ripeta anche solamente quella sensazione più o meno molesta, e null'altro avvenga di più grave. Ciò può ripetersi per un gran numero di volte aumentando la confidenza già esistente; ma può venire la volta che la stessa corrente, che è stata sempre così innocua in passato, uccida la persona con cui entra in contatto, se la persona stessa si trovi in speciali condizioni, del resto non molto difficili a verificarsi.

Ci occuperemo di queste speciali condizioni in un prossimo capitolo.

(Continua).

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Lancisiana di Roma.

Seduta straordinaria del 16 luglio 1931.

Il Presidente on. prof. ERMANNO FIORETTI annuncia alla Assemblea che i tre temi per concorsi a premio dell'anno 1931-32 e i temi per le due relazioni annuali saranno banditi nella prima seduta del prossimo anno accademico. Ricorda inoltre che il termine per la presentazione dei lavori per l'anno 1930-31 scade il 13 novembre 1931 alle ore 18.

Studio della funzione secretoria dello stomaco mediante l'eliminazione di una sostanza celorante somministrata per via endovenosa.

Prof. A. VITALE. — L'O. ha studiato sperimentalmente la funzione secretoria dello stomaco mediante l'eliminazione del rosso neutro, somministrato per via endovenosa, parallelamente alle ricerche chimico-cliniche a cui si ricorre nella pratica chirurgica corrente, nella secrezione gastrica. Egli ha potuto così rilevare, nei cani, che la somministrazione di questa sostanza per via endovenosa, perfettamente innocua, provoca costantemente l'eliminazione di essa dalla mucosa gastrica in 3-6 minuti primi. Tale eliminazione si dimostra più precoce nei momenti di maggiore acidità gastrica.

Sul meccanismo di produzione del thrill negli aneurismi artero-venosi.

Dott. V. LOZZI. — L'O. da considerazioni sperimentali, è venuto alla conclusione che il thrill, nell'aneurisma artero-venoso, sia la risultante della pulsazione dell'onda sanguigna arteriosa smorzata e trasformata da questi tre fattori: passaggio attraverso comunicazione abnorme; urto con l'onda venosa; diversa tensione della parete venosa.

Sul reflusso uretro-vescicolare.

Dott. V. LOZZI. — L'O. comunica un caso di reflusso uretro-vescicolare messo in evidenza colla uretroscopia in proiezione obliqua laterale secondo Handeck, in un soggetto di 65 anni cui era stato enucleato un adenoma prostatico. Riferisce un caso simile di Fasiani e discute brevemente la patogenesi.

Un caso di infezione malarica terzanaria con accesso di colica epatica.

Dott. M. ANDREUCCI. — L'O. illustra un caso di infezione malarica primaverile che si accompagnava a coliche epatiche perfettamente coincidenti con gli ascessi febbrili sicuramente malarici e conclude prospettando la necessità della esistenza di un fattore anatomico nella paziente, tale da spiegare gli accessi di colica.

Sulla diagnosi di ascessi amebici del fegato.

Prof. U. ARCANGELI. — L'O. ha osservato recentemente più casi di epatite amebica nei quali gli unici sintomi erano la febbre continua remittente, modica tumefazione e dolenzia del fegato,

mancava la dissenteria in atto, o la notizia della dissenteria pregressa: in alcuni leucocitosi, in altri no. Ricorda che in altri casi da lui osservati la dissenteria è esistita 10-12 anni prima.

Negli ascessi amebici del lobo destro del fegato può talora in diaframma innalzato mentire un versamento pleurico destro. Insiste sull'opportunità di praticare in questi casi incerti la percussione sul torace alternativamente debole e forte: se l'ottusità è sottodiaframmatica (ad es. fegato ingrandito per ascesso o per cisti) con la percussione forte l'ottusità è più alta che con la debole, se è un versamento pleurico è più alta con la debole che con la forte: se esistono i fatti (ingrandimento del fegato e versamento pleurico) consiglia mettere l'infermo in posizione genupettorale, il liquido si allontanerà e si potrà ripetere la percussione come sopra. Con tale metodo si potrà constatare un ingrandimento del fegato, talora suono uniforme, ma localizzato, che deporrà per l'ascesso o la cisti.

Negli ascessi si trova generalmente una zona dell'aia epatica particolarmente dolente alla palpazione ed alla percussione forte: in genere di fianco negli spazi intercostali dal 4° in giù essa corrisponde alla regione del lobo destro del fegato in cui l'ascesso è più superficiale.

Può accadere che se si percuote il torace mentre il paziente è seduto sul letto col tronco verticale il dolore è avvertito forte, ma non è più avvertito o molto meno se si percuote mentre il malato si volge sul fianco sinistro; o mentre trattiene il respiro dopo una profonda inspirazione.

Ciò vuol dire che il dolore è del fegato (o più raramente del diaframma). Se tale modificazione del dolore non esiste vuol dire che ci sono aderenze tra fegato e diaframma, e spesso anche obliterazioni del seno pleurico: quest'ultimo fatto si constaterà facilmente percuotendo il margine inferiore del polmone nell'inspirazione e nella espirazione.

Ciò sarà utile per decidere o no della puntura esplorativa e per decidere dell'incisione quando sia necessaria l'operazione (cisti suppurata).

È preferibile non fare punture esplorative: come criterio diagnostico usare le iniezioni di ematina: poche iniezioni faranno scomparire la febbre, attenueranno il dolore e la tumefazione del fegato. Se si sospetta una cisti suppurata fare la puntura sul tavolo operatorio, come primo tempo della operazione. Gli ascessi del lobo sinistro presentano spesso una sintomatologia varia, acuta da mentire una perforazione dello stomaco, del duodeno, della cistifellea, una peritonite sottoepatica, o della retro-cavità degli epiploon, un piotorace sotto-diaframmatico, ecc. ciò per il minore spessore del lobo sinistro e la maggiore vicinanza del peritoneo. Ha osservato un caso con questa sintomatologia: l'emetina ebbe un rapido successo.

Ricorda che la cura emetinica è sufficiente a guarire gli ascessi amebici del fegato anche complicati da pleurite, e persino con inf. secondaria da bacterium coli. Ricorda i pericoli delle cure intense e ravvicinate di emetina: cicli di non più di 40-45 centgr. con intervalli di 3-4 settimane: negli intervalli stovarsolo.

Il Segretario: A. D'AVACK.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 17 luglio 1931.

Presidente: Prof. A. FERRATA.

Sulla tubercolosi dei gangli mediastinici dell'adulto.

G. PELLEGRINI. — Sono brevemente riferiti due casi di adenopatia tubercolare del mediastino con gangli voluminosi e caseosi di tipo infantile senza localizzazioni tubercolari in altri organi in adulti.

Studio di alcuni fattori emodinamici ed umorali nello scompenso cardiaco.

PELLEGRINI e PELLI. — Sono state seguite le variazioni della pressione venosa, del volume del sangue circolante, delle proteine del siero e della pressione colloidosmotica del sangue durante il passaggio dallo stato di scompenso allo stato di compenso.

La pressione venosa, sempre elevata nello scompensato, si riduce avvicinandosi alla norma e anche raggiungendola con lo stabilirsi del compenso.

Il volume del sangue, che nello scompensato è spesso aumentato o diminuito, migliorando le condizioni cardiache diminuisce o aumenta portandosi verso il volume normale.

Le proteine del siero o la pressione colloidale, quasi sempre inferiori al normale, in un primo periodo quando incomincia il miglioramento presentano una ulteriore diminuzione, in seguito però, a compenso avvenuto, aumentano avvicinandosi alla norma.

Il Segretario: P. INTROZZI.

Società Piemontese di Chirurgia.

Seduta del 2 maggio 1931.

Presidenza: Prof. M. DONATI, presidente.

La trasfissione addomino-lombare nella pancreatite acuta.

Prof. M. FASANO. — L'Ody propose verso la fine dello scorso anno la trasfissione addomino-lombare nella pancreatite acuta da eseguire in uno o due tempi; nel primo tempo eseguisce la laparotomia xifo-ombellicale seguita dall'ampia apertura, toeletta e drenaggio della retrocavità degli epiploon, nel 2° tempo che si può eseguire subito o a distanza di qualche giorno, pratica la lombotomia per lo più a sin., penetrando nella retrocavità degli epiploon (evitando l'ilo renale, la vena renale, la vena splenica) introducendo opportuni drenaggi nella retrocavità e praticando l'irrigazione continua alla Carrel.

L'O. espone un caso trattato con questa tecnica, un anno prima della pubblicazione dell'Ody; il 2° tempo era stato eseguito 20 giorni dal primo, in seguito a riacutizzazione della sintomatologia.

Esplorazioni urologiche ed interventi sul rene.

Prof. M. NEGRO. — Nel caso che riferisce, l'O. ha dimostrato l'insufficienza delle prove globali, come indice operatorio renale e la necessità di praticare, prima di intervenire sul rene, una delle prove che precisano anzitutto la presenza dei due reni, secondariamente lo stato e la funzione di ogni rene. Infatti nell'osservazione riferita aveva

trovato come valore della costante di Ambard 0.070, mentre con i successivi esami, che altri prima avevano trascurato, potè stabilire che si trattava di rene unico.

Dimostrazione pratica del mio trattamento della lussazione congenita unilaterale, irriducibile dell'anca.

Prof. U. CAMERA. — Dall'aprile 1928 ad oggi ha operato con questo metodo 10 p. Il metodo si basa su due principî: biforcazione dell'estremità femorale lussata ed accorciamento dell'arto sano; I due monconi ossei resecati venivano infibulati con una stecca ossea lunga circa 15 cm. prelevata dalla tibia dello stesso lato. Nei tre casi operati e presentati ha seguito in ogni p. una tecnica lievemente diversa ma ottenne in due casi claudicazione quasi insignificante ed attenuazione nell'altro; scomparsa del segno di Trendelemburg nei primi due; mobilità ottima nella pseudoartrosi; scomparsa dei dolori.

Il dott. A. ODASSO riferisce su un caso di *raccolta cistica di origine pancreatica della retrocavità degli epiploon.*

Il dott. A. PICCO riferisce sulla *diagnostica radiologica di cisti del collo mediante iniezione endocistica di uroselectan.*

Su di un caso di obliterazione della vena poplitea da trombo calcificato opaco.

Prof. E. POLACCO. — In un uomo di 67 anni che 43 anni prima aveva riportato una distorsione del ginocchio sin. con probabile lesione del legamento mediale e che pochi giorni prima dell'ingresso in ospedale, mentre vangava, aveva avvertito un forte dolore irradiato a tutta la gamba sin. fu trovato al poplite una tumefazione, che risultò essere opaca ai raggi X.

All'intervento trovò la vena poplitea, per un tratto di circa 7 cm. chiusa da un trombo impregnato di sali di calcio.

Seduta del 16 maggio 1931.

Presidenza: Prof. M. DONATI, presidente.

Sulla trombosi traumatica dei grossi tronchi venosi.

Prof. B. ANGLESIO. — Un giovane di 25 anni, dopo uno sforzo, avvertì un modico dolore alla spalla d. che non gli impedì di lavorare per qualche ora. Nei giorni seguenti per la sintomalogia, si potè diagnosticare trattarsi di trombosi della vena succlavia d. Radiografie eseguite 7 giorni dopo, con il sussidio dell'uroselectan dimostrarono che non vi era opacità della succlavia a valle dello sbocco della cefalica. Il p. dopo 50 giorni dall'infortunio era notevolmente migliorato, senza alcun intervento.

Fattori renali ed extra renali capaci di influenzare l'eliminazione renale dell'iposolfito di sodio (prova di Nyiri).

Dott. GIORDANENGO. — In individui con reni normali o deficienti funzionalmente i risultati della prova di Nyiri concordano assai bene con quelli della eliminazione della fenolsulfonftaleina. In individui senza lesione renale od epatica affetti da affezioni diverse, ha notato che il rapporto tra le due prove si è mantenuto costante; solo in due casi, per ragioni ignorate, la prova del Nyiri è stata nettamente superiore.

La prova del Nyiri deve essere considerata alla stregua della prova della fenolsulfonftaleina come non specifica per il rene e quindi con valore diagnostico della capacità funzionale di questo, subordinato alla esclusione dei fattori extrarenali capaci di influenzarlo.

Il prof. A. TURCO riferisce *su un caso di invaginazione cronica ileo-colica.*

Colecistografia rapida per via orale.

Dott. A. FOÀ. — In 5 a. ha voluto esperimentare se la comune introduzione di tetraiodo per via orale disciolta in 100 cc. di sol. al 40 % di glucosio fosse in grado di dare una più rapida visualizzazione della colecisti. In 3 di questi a. tenuti a dieta priva di idrati di carbonio ha ottenuto la visione della colecisti a circa 2 ore dall'introduzione di tetraiodo; la vescichetta biliare è apparsa modicamente iniettata; negli altri a. praticò una iniezione di 20 U. di insulina ed ebbe una opacità scarsa della cistifellea, dopo 4,30-5 ore dall'ingestione.

L'ascesso cronico delle ossa.

Prof. G. CALISSANO. — In un bambino di 5 anni, sofferente da circa tre anni, in seguito all'esame clinico, radiologico, operatorio, batteriologico fu fatta diagnosi di ascesso cronico da stafilococco del gran trocantera di d. L'O. confronta il suo caso con quelli pubblicati e si diffonde a parlare del comportamento dell'osso di fronte all'infezione della diagnosi della cura.

Il dott. M. GIANOTTI riferisce *su alcune modalità di decorso delle pancreatiti acute.*

Complicazioni pancreatiche di colelitiasi.

Prof. M. DONATI. — Donna di 58 anni; a 53 anni colica epatica con itterizia e febbre, durata circa un mese; coliche lievi ripetutesi negli ultimi tre anni e tre mesi prima del ricovero in ospedale, altra violenta colica epatica, senza ittero, con febbre; contemporaneamente comparsa di una tumefazione all'ipocondrio sin. dolorosa estesa all'epigastrio; deperimento, vomito.

Glicemia: 0,89 per mille; lieve aumento della diastasi nel siero di sangue; diastasi nelle orine nei limiti massimi della normalità (16 U. D.) forte aumento della lipasi nel siero di sangue (*Atoxil* R. 12 goccie; chinino R. 5 goccie). All'intervento ha constatato che si trattava di una pancreatite emorragica associata probabilmente a necrosi del segmento di testa del pancreas retroposto ai dotti. Fu eseguito un drenaggio puramente tubulare della retro cavità e sutura del piccolo omento alla ferita chirurgica. Colecistectomia per via retrograda; la cistifellea si presentava piena di calcoli.

La provenienza pancreatica del liquido della cisti fu dimostrata dalla presenza di grande quantità di fermenti lipolitico e triptico e presenza di amilasi. L'O. rileva l'importanza della ricerca della diastasi nel sangue e nelle orine e della lipasi nel siero di sangue, essenzialmente della frazione atoxil resistente, poichè l'aumento della frazione chinino-resistente è indice di lesione epatica.

Seduta del 30 maggio 1931.

Presidenza: Prof. M. Donati, presidente.

A proposito dei metodi di anestesia regionale.

Prof. Debernardi L. — L'O. è fautore nei casi opportuni della anestesia paravertebrale cervicale, di quella sacrale posteriore o transacrale e della parasacrale anteriore, ed in interventi anche di grande entità eseguiti sulle regioni ha avuto ottime anestesie. Si intrattiene a parlare delle rachianestesie segmentarie intra- od extra-durali. Ricorda infine casi di morte postcloroformica, dopo iniezioni di novocaina (due casi) da stovaina ed infine vari incidenti da rachianestesia.

Il prof. B. Quarella espone *un caso di resezione in un tempo di megadolicosigma.*

Il dott. Squillacioti R. riferisce *su una resezione del sigma in un tempo per cancro.*

Psuedotumore facciale da micosi.

Proff. Uffreduzzi e Croveri. — Gli OO. riferiscono un caso di un uomo di 47 anni che 10 anni fa ha avuto una ferita da chiodo di scarpa con notevole reazione ghiandolare all'inguine; l'adenite venne asportata. Da due anni soffre di adeniti ascellari cervicali, sottomascellari circondate da vasta zona di infiltrazione. Una di queste, di durezza lignea, occupa la regione geniena, parotidea e mastoidea di d. con punti di rammollimento e zone di ulcerazione da cui esce pus con grumi bianco-grigiastri. La lesione venne altrove irradiata perchè ritenuta lesione carcinomatosa. Scartata la diagnosi di affezione tubercolare, luetica, o neoplastica, fu trovato ed isolato un micete coi caratteri delle tallosporacee ed artrosporacee in studio di classificazione. La cura locale e generale col ioduro di potassio ha portato ad un rapido miglioramento delle lesioni e dopo un mese di trattamento l'a. è in via di guarigione.

La terapia di elezione nei calcoli ureterali.

Prof. L. Caporali. — L'O. dopo aver ricordato le statistiche dei vari autori sulla terapia incruenta della calcolosi ureterale eseguita per via endoscopica ha parlato delle indicazioni in generale e dei procedimenti usati nell'estrazione incruenta in 38 casi di calcoli nella maggior parte della porzione inferiore dell'uretere, ma anche della media e della superiore. Egli conclude che la terapia incruenta per via endoscopica debba essere sempre tentata in casi appropriati, quando i vari metodi di terapia medica sono risultati infruttuosi e prima di sottoporre l'a. all'intervento chirurgico per l'ectomia del calcolo.

Il prof. C. Chiaudano presenta *una sonda per l'estrazione e la rimozione dei calcoli ureterali.*

Villata.

Società Medico-Chirurgica della Romagna.

Seduta del 5 luglio 1931.

Presidenza: Prof. F. Giugni.

Embolie multiple da sepsi endocardica in due casi di endocardite verrucosa.

Giugni F. e M. Gatto. — Gli OO. riferiscono l'andamento clinico di due casi di reumatismo articolare acuto con manifeste lesioni endocardiche. In ambedue i malati, giovani sui 30 anni, si trattava di ricadute di reumatismo e il risentimento endocardico risaliva ai precedenti attacchi.

Esaurite le manifestazioni articolari, continuò per diversi mesi un andamento febbrile con particolari caratteri, dovuto alla lesione endocardica che in uno di essi interessava la valvola mitrale, nell'altro invece le valvole aortiche. Questo fatto clinicamente accertato ebbe conferma dalla necroscopia che rivelò la presenza di endocardite verrucosa interessante nell'un caso la mitrale, nell'altro esclusivamente le valvole aortiche. Gli esami batteriologici del sangue erano stati negativi anche per la ricerca dello streptococcus viridans. Il lungo periodo febbrile fu caratterizzato in ambedue i malati da molteplici e ripetuti piccoli fatti embolici che avevano il carattere di emboli settici, e ad ogni loro rinnovarsi risvegliavano, oltre che la febbre, uno speciale quadro sintomatologico a seconda della loro entità e della sede che colpivano.

Gli OO. illustrano particolarmente e cercano di interpretare questo curioso fenomeno; mentre nel malato in cui le lesioni endocardiche riguardano la mitrale, gli emboli interessavano qualche parte del corpo, ma preferibilmente i vasi cerebrali, imboccando di sovente la carotide sinistra; nell'altro malato in cui le lesioni interessavano le valvole aortiche, le numerosissime forme emboliche colpivano invece con netta preferenza gli arti inferiori.

Influenza delle precedenti o concomitanti pleuriti sull'evoluzione della tubercolosi polmonare.

Moretti A. — Premesso che la quasi totalità delle pleuriti è di natura tubercolare, l'O. esamina il problema dei rapporti tra pleurite e tubercolosi polmonare. La letteratura in proposito è discorde; per alcuni autori una precedente o concomitante pleurite sarebbe un'evenienza indifferente all'evoluzione del processo specifico polmonare, per altri questo ne sarebbe beneficamente influenzato. Circa il meccanismo d'azione di tale benefica influenza tre teorie si contendono il campo: umorale, istogena, meccanica. Mentre per le due prime non esistono sicuri dati probativi, la terza è quella che gode attualmente maggior favore. Per i sostenitori di questa, la pleurite agirebbe comprimendo e immobilizzando il polmone nella stessa guisa di un pneumotorace terapeutico o della toraco-plastica.

Da ultimo l'O. espone alcuni dati statistici desunti dallo studio clinico dei tubercolotici polmonari ricoverati nell'Ospedale di Cesena. Per tali dati egli crede di dover concludere per una maggiore benignità della tubercolosi polmonare in coloro che contemporaneamente o prima della lesione polmonare furono affetti da pleurite.

Estesissimo enfisema sottocutaneo con pneumotorace da ago-puntura pleurica.

Giugni F. (Lugo). — Descrive un caso di enfisema sottocutaneo di eccezionale vastità e durata. Tutto il corpo dell'individuo, dalla faccia ai piedi, presentò un enorme rigonfiamento pneumonico che durò oltre due settimane, e fu consecutivo all'infissione di un sottile ago da pneumotorace nel quarto spazio intercostale sull'ascellare media, nel tentativo di determinare il collasso del polmone in un malato che presentava un processo tbc. interessante in prevalenza il lobo superiore sinistro.

Fu praticata un'unica puntura, e non fu introdotto gas dall'apparecchio Forlanini. Avuta la sensazione che la pleura era ispessita e adesa, l'ago fu rapidamente ritirato e non furono fatti ulteriori tentativi. Dopo 24 ore si manifestò un enfisema sottocutaneo che dal punto dell'ago-infissione irradiava in alto al torace, al collo e alla faccia. In successive *poussée* tale enfisema si estese a tutto il corpo, e scomparve poi rapidamente dopo circa 20 giorni. Il malato non ebbe speciali sofferenze, nè febbre, e solo la tosse divenne più stizzosa ed accessuale. Dopo circa 10 giorni dalla scomparsa dell'enfisema il malato ebbe rapidamente a soccombere per ripetute imponenti emottisi di cui aveva già sofferto alcuni mesi prima. Alla necroscopia risultò che la emorragia proveniva da una grossa caverna polmonare situata centralmente al lobo sup. sinistro, con intorno altre piccole caverne, in una delle quali, aderente alla parete costale a livello del 4° spazio, era penetrato l'ago. Si era prodotto in un primo tempo un pneumotorace, parziale per le forti aderenze del lobo superiore che impedivano il collasso polmonare, e questo pneumo-torace che si riforniva di aria dai bronchi attraverso la piccola caverna, manteneva a sua volta pervio il foro della sierosa costale, immettendo a *poussée* l'aria nei tessuti sottocutanei.

L'O. riferendosi ad un caso recentemente illustrato dal Mazzei nel Sanatorio di Carreggi, sostiene che solo in seguito ad un'interposta bolla pneumotoracica che subisca, per speciali circostanze, oscillazioni di pressione, il fenomeno si può verificare con la particolare estensione e durata.

Elettrochirurgia.

CAVINA G. (Firenze). — Breve conferenza sull'impiego del bisturi elettrico in chirurgia, e in modo particolare nel trattamento dei processi settici, nell'exeresi dei tumori maligni, nelle operazioni sullo stomaco e sull'intestino. Vantaggi e svantaggi del metodo, principali indicazioni.

Il dolore epigastrico nell'appendicite e il riflesso appendiculo gastrico (del Solieri) controllati coll'anestesia locale.

LORETI M. (Mendola). — L'O. ha studiato il dolore epigastrico nell'appendicite (del Solieri), ed ha nettamente distinto il riflesso appendiculo gastrico (riflesso vegetativo motorio e secretorio), che ha come via afferente il vago, e come centro vegetativo il nucleo dorsale del vago, dal dolore epigastrico dell'appendicite. Questo ultimo può essere superficiale e profondo: il superficiale per stimoli partenti dal peritoneo parietale, il profondo per stimoli partenti dal mesenteriolo.

L'O. spiega il meccanismo della formazione di tale dolore, seguendo la teoria dei neuromeri e dei mielomeri corrispondenti.

Coll'anestesia locale il riflesso appendiculo gastrico ed il dolore epigastrico permangono, perchè coll'anestetico non si riesce ad influenzare il plesso nervoso del mesenteriolo; colla rachianestesia si riesce ad ottenere il silenzio dell'uno e dell'altro, purchè l'introduzione del liquido anestetico sia fatta in una zona più alta del punto corrispondente al tratto ove risiedono i mielomeri, a cui arrivano i neuromeri partenti dall'appendice.

Sulla febbre esantematica mediterranea.

CORINALDESI S. (Imola). — L'O. espone dettagliatamente il quadro nosologico della febbre esantematica mediterranea e ne comunica due casi osservati per la prima volta nella regione Emilio-Romagnola. Il lavoro viene pubblicato per intero nel « Policlinico », Sez. Pratica (v. fasc. 34).

Il Segretario: Dott. PAOLO GALLI.

Società di Scienze Mediche di Conegliano e Vittorio.

Seduta del 30 giugno 1931.
Presiede il Prof. DE GIRONCOLI.

La meningite tubercolare degli adulti.

Prof. TRAMONTINI. — L'O., dopo aver descritto il reperto anatomo-patologico di una meningite tubercolare a lungo decorso svoltasi in adulto, rammenta come questa offra negli adulti sintomi ed evoluzione in discordanza a quelli che si riscontrano nei soggetti della seconda infanzia.

Tale divario dipende:

1) dal fatto che le cellule cerebrali dell'adulto completamente sviluppate ed esaurite o per superlavoro o per fatti emotivi o per auto- ed etero-intossicazione sono divenute eminentemente eccitabili e vulnerabili;

2) che essa è una meningite della convessità con localizzazione a piastre che può dare le più svariate sindromi delle quali l'O. descrive la motoria a tipo convulsivo o paralitico o a contratture permanenti, la sensitiva con cefalalgia o iperestesie sensoriali, la psichica con multiformi manifestazioni psicotiche anche d'interesse medico-legale.

Ricordato come in un adulto anche se non tubercolotico palese affetto da subitanea affezione cerebrale, e in un tubercolotico albuminurico delirante, convenga pensare alla forma meningea più che alla uremia, afferma la necessità delle indagini sul liquor atte a svelare la reazione meningea.

Intorno a due casi di idronefrosi.

Prof. DE GIRONCOLI. — Nel primo si tratta di un fanciullo dalla cui storia risulta essergli passato 4 anni fa la ruota di un carro attraverso la regione lombare destra con conseguente ematuria, tumore alla loggia renale corrispondente che ogni qual tratto compariva fino a rimanere permanente e voluminoso quanto una testa di feto.

L'O. aggredì il rene dal lato addominale vuotandone la sacca idrica le di cui pareti erano costituite dalla capsula fibrosa che asportò col peduncolo basale e che mostra ai colleghi.

Il secondo caso tratta di una donna operata di fibromioma nella quale durante l'atto operativo fu leso l'uretere sinistro, fatto che portò all'atrofia del rene corrispondente ridotto ad un moncone di sostanza corticale non funzionante, che viene asportato.

L'O. mette in rilievo il differente esito dei due processi idronefrotici a seconda dello schiacciamento alto subìto dall'uretere nel primo caso e della sezione bassa dello stesso nel secondo caso.

Il dott. GRITTI descrive *due casi di ittero infettivo grave di probabile natura spirochetogena.*

Il dott. FABRIS riferisce *sopra un caso sospetto di linfo-granuloma maligno.*

Il Segretario: P. FABRIS.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Diabete e tubercolosi polmonare.

Secondo K. Scholz (*Zeitschrift f. Tuberk.*, Bd. 61, Heft 2), la tubercolosi polmonare è una complicazione frequente del diabete: le autopsie lo dimostrano chiaramente; per la maggioranza degli autori il diabete è la malattia primitiva che favorisce l'attecchimento del bacillo di Koch per una diminuita resistenza dei tessuti, o perchè l'iperglicemia rappresenta un ottimo terreno di cultura, per le turbe della nutrizione tissurale, per la perdita di albumina, ecc.; ma c'è chi ritiene l'opposto, e si parla di una particolare disposizione dei tubercolosi al diabete. La diagnosi è difficile, perchè i malati tossono e sputano poco, bassa è la febbre e scarso il sudore, e l'esame fisico riesce negativo o quasi; ecco perchè l'esame radiologico deve essere largamente praticato.

La forma più frequente di tbc. è quella fibronodulare: ma è molto spiccata la tendenza alla formazione di caverne e di focolai purulenti: sono state osservate però anche forme broncopneumoniche e forme a decorso fulminante.

Il diabete a sua volta può essere dei più vari gradi di gravità; e, a proposito dell'effetto reciproco esercitato dai due processi, è stato notato da molti — anche sperimentalmente — che la tubercolosi sembra influire beneficamente sul diabete, elevando la tolleranza per i carboidrati.

In complesso, tuttavia, l'associazione delle due malattie ha un carattere serio ed una prognosi sfavorevole; il punto più delicato consisteva appunto nel contrasto tra le esigenze dietetiche — perfettamente opposte — dei due processi morbosi.

Circa l'influnza, infine, che l'insulina è capace di esercitare sull'andamento del processo tubercolare, i pareri sono discordi, ritenendosi da alcuni che l'insulina giovi e da altri che danneggi, peggiorando l'andamento della malattia.

L'A. ha ripreso lo studio di questo importantissimo problema di patologia, studiando 43 malati, e giungendo a queste conclusioni: la t.b.c. polmonare rappresenta per il diabetico una complicazione grave, giacchè tende ad assumere la forma essudativa con formazione di caverne: la prognosi, perciò, malgrado l'uso dell'insulina, è grave.

La malattia primitiva è il diabete: in quanto all'aumentata tolleranza per gli HC che si osserva col progredire della tisi, essa esiste effettivamente, ma non è da riportarsi con sicurezza al processo specifico.

I mezzi che si sono dimostrati più sicuri per stabilire nel diabetico una diagnosi precoce di tubercolosi polmonare nel diabetico, sono l'esame dei raggi e la ricerca della velocità di sedimentazione delle emazie, tutte le altre ricerche, quella dell'espettorato, quella radiologica, ecc. non danno sempre risposte chiare.

Se il diabete è leggero, lo si curerà semplicemente con un regime dietetico, se è grave si ricorrerà subito all'insulina; il dosaggio dell'insulina è in complesso lo stesso che si segue per i diabetici non tubercolosi, e si regola sulla presenza di zucchero nelle urine; la glicemia in questi malati resiste tenacemente ad ogni sorta di cura: pure è necessario riportarla alla norma, almeno nelle forme benigne e in quelle trattate chirurgicamente, perchè solo così si può ottenere un benefico influsso sul processo tubercolare.

Nel dare l'insulina, si eviterà sempre di somministrare insieme forti dosi che possono scatenare crisi di ipoglicemia; invece, si suddividerà la dose in 3-4 frazioni: la possibilità che la cura insulinica risvegli una tubercolosi latente esiste, effettivamente, ma in pratica si verifica assai di rado: in un diabetico ben insulinizzato, anche la terapia chirurgica della t.b.c. è permessa.

Infine, se il diabete è curato bene, spetta alla tubercolosi di dire l'ultima parola sulla prognosi complessiva. V. SERRA.

L'associazione del diabete insipido e del diabete mellito.

Sono noti casi di diabete insipido e diabete mellito associati, ma son poco numerosi. Meno numerosi ancora sono quelli trattati con insulina. Tre casi ne descrivono ampiamente F. N. Allan e L. G. Rowntree (*Endocrinology*, marzo-aprile 1931). Le due malattie non possono attribuirsi entrambe al pancreas.

In due dei casi illustrati da Allan e Rowntree c'erano segni di probabile ipopituitarismo. I rapporti della pituitaria col diabete non sono ancora nettamente definiti; l'iperpituitarismo, si sa, è associato a scarsa tolleranza per i carboidrati. C'è anche da domandarsi se il diabete mellito sia dovuto in quest'associazione dei due diabeti a lesione primaria del pancreas o ad un'azione sul pancreas del sistema nervoso o dell'ipofisi. L'insulina, comunque, anche in questi casi agisce bene sul ricambio dei carboidrati anche se contemporaneamente si somministrano estratti ipofisari per combattere la poliuria.

R. LUSENA.

TERAPIA.

Usi recentemente preconizzati del cloruro di calcio.

Sono passati in rivista da R. Levent (*Gazette des hôpitaux*, 27 maggio 1931) e qui li riassumiamo.

Medicazione antiemorragica. È l'indicazione più antica, ma recentemente la lista delle applicazioni si è accresciuta, mentre l'iniezione endovenosa permette di iniziare subito il trattamento in ogni caso.

Si può anche utilizzare il goccia a goccia rettale, che permette di raggiungere rapidamente le dosi volute; bisogna però guardarsi dal somministrare un eccesso, in quanto che le dosi forti ostacolano piuttosto che favorire la coagulazione; la dose media per un adulto è di 2-5 grammi al giorno.

Fra le diverse applicazioni, sono da citarsi: 1) la melena dei neonati (un cucchiaino da caffè della soluzione al 10 %, alternato con una quantità uguale di una soluzione di gelatina pure al 10 %; 2) come preventivo delle emorragie postoperatorie, specialmente nel bambino, prima della tonsillectomia (20-30 cg. per anno di età al giorno, incominciando 5 giorni prima); 3) nelle emorragie persistenti provocate da avulsione dentaria o di origine ostetrica o chirurgica; 4) nelle malattie sanguigne, quali la porpora emorragica e l'emofilia, evitando le dosi forti e non oltrepassando i 4 grammi al giorno; alcuni autori consigliano due iniezioni endovenose, per settimana, di 20 cmc. di soluzione al 5 %; 5) nelle forme emorragiche di alcune malattie (scarlattina, vaiuolo) ed anche della febbre emoglobinurica di origine malarica.

Medicazione antispasmodica. Utilizzato nella tetania postgravidica (azione rapida ma passeggera), nella tetania cronica (iniezione endovenosa della soluzione al 10 %), nello spasmo della glottide, nelle laringiti stridule; più recentemente consigliato nei ritenzionisti (iniezione endovenosa di un grammo) e come preventivo per gli incidenti della puntura lombare (10 cmc. della soluzione al 10 %; *intra venam*).

Medicazione digestiva. Consigliato recentemente contro i vomiti della gravidanza e contro diverse diarree acute o croniche (iniezione endovenosa di una soluzione concentrata); risultati nulli, però, nelle rettocoliti dissenteriche.

Nei versamenti sierosi. Avrebbe azione favorevole nei versamenti pleurici, alla dose di 15 grammi al giorno, specialmente se si somministra contemporaneamente anche il salicilato di sodio.

Medicazione « antishock ». Nulla di nuovo si è aggiunto recentemente in questo campo. Si sarebbero ottenuti buoni risultati nella emoglobinuria a frigore e negli accidenti da siero (iniezioni di 1/2-1 cmc. di una soluzione al 50 %).

Medicazione antiinfettiva. Haslé avrebbe ottenuto buoni risultati nel trattamento della lebbra, mediante iniezioni endovenose di 150 cmc. di una soluzione al 2 %, in due serie di 15 iniezioni, separate da 15 giorni di riposo. L'iniezione va fatta lentamente (15-20 minuti) tenendo il malato in decubito dorsale; la comparsa di sapore calcico, annunziatrice dei vomiti, deve far sospendere l'iniezione. In tutti i casi si sarebbero ottenuti dei miglioramenti.

fil.

Uso del cloruro di calcio per calmare il dolore peristaltico.

È stato certamente dimostrato che piombo e calcio sono ritenuti nelle ossa; il loro metabolismo va di pari passo. Quindi W. Bauer, W. T. Salter e C. Aub (*The Americ. Medic. Journ.*, 11 aprile 1931) pensarono che l'uso del calcio potesse fissare il piombo nelle ossa e alleviare le coliche dell'avvelenamento da piombo. Essi adoperarono cloruro di calcio al 5 % e ne iniettarono nelle vene da 5-20 cc. Quasi immediatamente si aveva cessazione dei dolori addominali.

Il meccanismo di azione però non si dovrebbe cercare in una fissazione del piombo nelle ossa, ma in una rapida azione antispasmodica del calcio, azione che è netta anche in altre crisi dolorose spastiche (colica epatica, colica ureterale). R. LUSENA.

La pratica della fissazione del calcio nel bambino.

Tre sono gli agenti fissatori del calcio posseduti oggi in terapia: l'olio di fegato di merluzzo, i raggi ultravioletti, le sostanze irradiate.

Le indicazioni di ognuna di esse, nel rachitismo e nella spasmofilia, sono date da G. Mouriquand e A. Leulier (*Journ. de Méd. de Paris*, 21-5-931).

L'olio di fegato, per quanto provvisto di potere fissatore molto inferiore a quello dell'ergosterina irradiata, contiene molte altre sostanze utilissime all'accrescimento del bambino, e cioè: vitamina A, corpi grassi, fosforo.

La sua somministrazione sarebbe indicata nella fase prerachitica, a scopo profilattico, cioè nei soggetti candidati alla malattia per eredità o per ragioni di ambiente e di vita. Le dosi sono le seguenti: 5 gocce a 2 mesi, 15 a 3 mesi, mezzo cucchiaino a 4, un cucchiaino in seguito, sempre 2 volte al giorno.

Altra indicazione è data dall'osteolinfatismo (blefaro-congiuntiviti, infezioni respiratorie ecc.) e, sopratutto, dalla scrofolosi associata al rachitismo.

La tossicità dell'olio di fegato, legata alle

dosi eccessive, non si manifesta se il regime alimentare è bene equilibrato.

I succedanei, introdotti a causa della repugnanza che talora il bambino può provare, sono quasi sempre privi di qualsiasi attività. Lo sciroppo iodo-tannico, ritenuto da alcuni come succedaneo, è antifissatore, e non può trovare indicazione che nell'osteolinfatismo, associato all'olio.

L'elioterapia coi raggi naturali deve essere praticata per lungo tempo, e lontano dalle città, preferendo la montagna per i rachitici anemici, ed il mare per i linfatici.

Il potere fissatore dei raggi ultravioletti ottenuti con lampada di quarzo è uguale a quello dell'ergosterina irradiata, ma la loro superiorità è sull'azione eutrofica generale e, in particolare, sui muscoli.

L'indicazione dell'elioterapia artificiale è data dai casi con intensa decalcificazione, nei quali urga arrestare il processo, e dai casi cui il ritardo della deambulazione è dato dall'ipotonia muscolare.

Controindicazione è data dagli stati febbrili e cachettici, e dalle manifestazioni bacillari viscerali. L'applicazione troppo prolungata, poi, può dare origine ad una atrepsia anche mortale.

Tra le sostanze irradiate si deve in primo luogo ricordare il latte, ordinario o in polvere, sempre giovevole nei rachitici e spasmofili, purchè l'uso non venga protratto troppo a lungo (venti giorni per ogni mese).

Il fissatore tipico del calcio è però rappresentato dall'ergosterina irradiata, e la sua azione si svolge più rapidamente che con l'elioterapia naturale, con una grande semplicità di somministrazione. Il suo impiego, quindi, è indicato in tutti i casi non compresi in quelli precedentemente considerati.

Nonostante il mancato accordo sulla standardizzazione dei prodotti del commercio, la dose media è di 5 gocce 2 volte al giorno, aumentabili secondo i casi, senza però raggiungere le dosi eccessive, che possono provocare qualche volta dei danni.

Si faranno poi delle pause di 2 settimane tra un periodo e l'altro di 20 giorni di cura.

Efficaci nella loro azione sembrano infine anche alcuni zoosteroli di cui si va introducendo l'uso, e sopratutto l'elisterina irradiata.

M. Faberi.

Ricerche sugli antifissatori del calcio.

Oggidì sono definitivamente fissate le virtù calciofissatrici delle radiazioni ultraviolette, come pure quelle dell'olio di fegato di merluzzo, dell'ergosterina irradiata ecc. Studiando però il rachitismo sia clinico che sperimentale si osserva che vi sono un'infinità di cause che agiscono sul calcio come antifissatrici. Il loro studio è ancora embrionale. È certo però che questi *fattori antifissatori* sono in clinica assai numerosi: Mouriquand, Leulier, Bernheim e Weil (*Press. Méd.*, 27 maggio 1931, n. 42) hanno studiato sotto questo punto di vista tre sostanze: adrenalina, jodio e stronzio e sono venuti ai seguenti risultati.

Nei riguardi dell'adrenalina che dai più viene considerata come un calciofissatore, gli AA. avrebbero sperimentalmente trovata invece una diminuzione del Ca. osseo, onde potendo ciò derivare sia da una vera autofissazione, come da una defissazione, pure tendono a considerare questa sostanza come antifissatrice. Riconoscono però che clinicamente in vari casi l'effetto è apparso favorevole e credono che si debbano continuare le ricerche prima di poter decidere.

Altre ricerche sono state volte allo jodio che in Francia si somministra spesso ai rachitici sotto forma di sciroppo jodotannico: orbene sperimentalmente si è notato che non solo esso non fissa la calce, ma anzi sul topo accentua il processo di decalcificazione o per lo meno di non fissazione. Agisce insomma come un antifissatore.

Anche ricerche sullo stronzio avrebbero dimostrato le sue virtù di antifissatore. Ma il problema degli antifissatori è dei più complessi in quanto che accanto alle sostanze soprastudiate possono compiere un ufficio simile le infezioni (Lues), i disturbi intestinali, o vascolari.

L. Tonelli.

SEMEIOTICA.

Sintomi nervosi quali manifestazione precoce di cancro del pancreas.

Il cancro degli organi addominali provoca spesso disturbi nervosi e mentali, specialmente depressione, ansietà, riduzione quantitativa delle capacità intellettuali, insonnia e dolore.

J. Yaskin (*Journ. American Medic. Assoc.*, 16 maggio 1931) dice che questi disturbi si hanno per lo più solo a cancro nettamente manifesto. Egli ha osservato quattro casi di cancro del pancreas, in cui ci fu precocemente la comparsa di disturbi psichici. In tutt'e quattro i casi era stata fatta in precedenza diagnosi di disturbi funzionali. In nessuno di essi c'erano precedenti psicopatologici in famiglia. I sintomi nervosi, consistenti in insonnia indipendente da dolore, depressione, ansietà, emotività, senza alterazione dell'intelligenza, comparvero parecchi mesi prima dei disturbi addominali e furono accompagnati da notevole deperimento.

L'A. non vuol creare un nuovo complesso sintomatico precoce del cancro del pancreas, ma si limita a mettere in evidenza questi disturbi psichici precoci in malati di cancro.

R. Lusena.

Sulla diagnosi delle malattie del pancreas con la prova di Wohlgemuth nelle urine.

Kaczander (*Deut. med. Woch.*, n. 26, 1931) rivendica, in base alle sue ampie ricerche il più preciso valore diagnostico alla ricerca della diastasi nelle urine, secondo il metodo di Wohlgemuth.

Contrariamente all'opinione di molti autori, specialmente angloamericani, l'A. ha potuto osservare che questa ricerca offre nella pratica degli effettivi servigi, e la raccomanda caldamente. V. SERRA.

IGIENE.

La casa rurale.

È un fatto lamentato da varie parti che l'edilizia rurale è rimasta lontana dal progresso raggiunto nelle costruzioni urbane, specie dal punto di vista igienico. Se si pensa invece ai pericoli che possono derivare alla salute del contadino dall'abitare in case antiigieniche, sopratutto in zona malarica, più che giustificate appaiono le proposte di A. Missiroli (*Rivista di Malariologia,* Supplemento al n. 1, 1931) perchè sia codificata la costruzione di nuove case rurali. Dal momento che l'alto costo dell'edilizia rende impossibile di demolire le vecchie case coloniche, per rifabbricarne di più soddisfacenti, occorre provvedere affinchè le nuove costruzioni soddisfino ad un *minimum* di esigenze igieniche e di conforto. Si deve tener presente che in Italia la proprietà è per lo più frazionata e non c'è quindi necessità di case coloniche monumentali, bastando per lo più una costruzione di 4 vani (tre camere da letto e una cucina abbastanza ampia da servire come stanza da pranzo), per ospitare una famiglia di contadini; sarà facile escogitare un modello di abitazione modesta, non troppo costosa, ma provvista di tutti quei requisiti che esige oggi la moderna igiene edilizia, in particolare per la difesa contro gli insetti, l'allontanamento dei materiali di rifiuto ecc.

L'esposizione del Missiroli è condotta con straordinaria chiarezza e con fine intuito delle esigenze igieniche; è copiosamente illustrata.

A. P.

MEDICINA SCIENTIFICA

Sulle cause di alterata canalizzazione dell'apparato gastro-enterico.

Müller e Rieder (*Münch. Med. Woch.*, n. 25, 1931) espongono le loro vedute sulla fisiopatologia della motilità e della canalizzazione dell'apparato gastro-enterico, in modo molto originale e interessante.

In base a ricerche cliniche e sperimentali di cui sono succintamente riferiti i risultati, gli AA. affermano che i disturbi di canalizzazione lungo il tubo gastroenterico, e specialmente a livello degli sfinteri sono dovuti, non a spasmi, ma a disturbi della fase d'apertura: la differenza sta nel fatto che gli spasmi si rivelano oltre che con una sintomatologia dolorosa, con uno stato di contrazione facilmente superabile, mentre la mancanza pura e semplice di apertura corrisponde al normale stato di riposo; inoltre gli stati di riposo non sono accompagnati da manifestazioni dolorose, mentre gli spasmi lo sono sempre; d'altra parte gli spasmi stanno sempre al disopra del corpo estraneo o del contenuto di organi tubulari, mentre nei disturbi di canalizzazione il segmento che non si apre è sempre al disotto del contenuto intestinale arrestato nella sua progressione, infine gli spasmi si accompagnano ad un'anemia locale, mentre nello stato di riposo la circolazione è normale.

Mentre gli spasmi sono da riportarsi allo stimolo di corpi estranei, di ulcere, ecc. le mancate aperture si debbono riferire a turbamenti o mancanza della trasmissione naturale degli stimoli. Essi si hanno nella resezione gastrica, in seguito a disturbi neurovegetativi, nello spasmo del cardias e del piloro, che perciò sono stati battezzati come cardioalisi, e piloro-cardiotonia acinetica, inoltre si possono ottenere sperimentalmente nel cane.

Essi possono colpire tutti gli sfinteri e sono spesso indice di una infiammazione delle regioni vicine (peritonite, accesso del Douglas, ecc.). V. SERRA.

Sulle alterazioni istologiche riscontrate nell'intestino colon asportato chirurgicamente nei casi di stipsi abituale.

E. Fiorini (*Arch. Italiano di Chirurgia,* Vol. XXVIII, fasc. 4), studiando l'aspetto istologico di intestini colon asportati chirurgicamente in individui affetti da stipsi abituale di vecchia data, avrebbe rilevato alterazioni a carico della mucosa e del tessuto nervoso da far pensare ad un processo infiammatorio lento e ad una conseguente atrofia delle pareti colpite.

Ha cercato poi, sugli animali, di provocare artificialmente una forma di stipsi che, per l'aspetto anatomo-patologico, si avvicina a quella già osservata nell'uomo e cioè alterazione a carico della mucosa con sfaldamento parziale ed irregolarità di forma dell'epitelio, rarefazione ed atrofia ghiandolare, infiltrazioni di elementi bianchi del tessuto reticolare, ipertrofia della muscolare e della sottomucosa specie nelle porzioni distali del colon esaminato.

C'è però da osservare, per quel che riguarda la parte sperimentale, che il meccanismo con cui l'A. avrebbe ottenuto una forma di stipsi negli animali da esperimento è ben lungi dell'avvicinarsi a quel che avviene nell'uomo.

Tuttavia le osservazioni istologiche hanno un notevole interesse. BUCCI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

L'uva: valore igienico ed alimentare. — Al dottore V. T. da C. P.:

Non ritengo che esistano trattati speciali sull'ampeloterapia. Posso darle qualche indicazione che può esserle utile.

Sulle uve da tavola, D. TAMARO ha pubblicato un manuale riguardante però più che altro le diverse varietà, la coltivazione ed il commercio. (Hoepli, ed., Milano).

Nella pubblicazione: « L'uva ed i suoi derivati non alcoolici » (F.lli Ottavi, edd., Casalmonferrato, 1927), E. OTTAVI e I. CARUTI espongono le idee principali sul posto dell'uva nell'alimentazione e sui derivati non alcoolici (sciroppi d'uva, conserve, ecc.).

L'argomento dell'uva nell'alimentazione si trova trattato (molto succintamente) da MAYERHOFER nel « Lexikon der Ernährungskunde », (Springer, ed., Berlin, 1926).

Il prof. DEVOTO (di Milano) ne fece oggetto di una pubblicazione appunto in occasione della « Festa dell'uva ». Si trova, in parte, riprodotta in « Salute ed igiene nella famiglia » (15 sett. 1930). Nello stesso numero si trova anche un articolo di MELOCCHI (« Le cure di uva »). Un altro ne scrisse il dott. A. CLERICI (Dott. Ry) in « Corriere della Sera » (sett. 1929), e così pure C. EINAUDI (« L'uva come sostanza alimentare ») in « L'Igiene e la Vita » (settembre 1927).

Questi ultimi sarebbero tutti adatti per prendere gli spunti per conferenze popolari.

A. FILIPPINI.

All'abbonato n. 4289-1:

Non esistono in commercio nè sono applicabili apparecchi contentivi per le emorroidi.

Le emorroidi prolassate non infiammate rappresentano una indicazione netta ai metodi di cura con iniezioni sclerosanti.

Tre o quattro iniezioni nei noduli di 1/2-1 cc. di soluzione al 60 % di glucosio o al 40 % di salicilato sodico potranno dare una guarigione clinica completa. P. VALDONI.

VARIA.

Sulle cause della rarità del cancro in Egitto.

(SCHRUMPF-PIERRON. *Bull. de l'Ac. de Méd.*, 25 maggio 1931).

La mortalità per cancro è straordinariamente piccola in Egitto. Le statistiche dimostrano che dal 1918 al 1928 la proporzione dei morti per cancro per 1.000 abitanti va da 0,18 a 0,29, con una media di 0,23. Nella causa di mortalità, il cancro entra solamente per 0,61%. L'A. ritiene che queste cifre così basse sono ancora troppo alte e ciò per due ragioni. Una è che le statistiche ufficiali si riferiscono solo alle città con più di 5.000 abitanti e tutti i medici sono unanimi nel dichiarare che nelle campagne il cancro è molto più raro che nelle città; la seconda ragione è indiretta: se non esistesse un agente capace di frenare la cancerizzazione, il cancro dovrebbe essere più frequente in Egitto che in Europa, poichè in Egitto esiste una causa speciale di cancro, la bilharzia; ora, nelle statistiche precedentemente citate, i cancri da bilharzia sono compresi.

Dalle statistiche ospedaliere risulta poi una debolissima proporzione dei cancri del tubo digerente e un numero considerevole di tumori mesenchimali. Secondo Menetrier, si contano 74 sarcomi su 283 epiteliomi, mentre in Egitto i sarcomi sono presso a poco così frequenti come gli epiteliomi. Ciò conduce a domandarci se la causa della rarità degli epiteliomi è senza azione sui sarcomi.

Circa la causa della rarità del cancro in Egitto, l'A. esclude l'azione del clima e della razza e si ferma a considerare l'alimentazione. Egli mette in evidenza che la terra arabile dell'Egitto è eccezionalmente ricca in magnesio e ricorda che Marchi ha dimostrato che in 9 provincie d'Italia la mortalità per cancro è tanto più elevata quanto minore è il contenuto in cloruro di magnesio del suolo. Quanto all'acqua del Nilo essa, quando non è filtrata, è molto ricca di magnesio. L'A. conclude che la grande rarità del cancro, e sopratutto del cancro del canale digerente, in Egitto, sembra intimamente legata alla ricchezza del suolo e dell'acqua in magnesio. La maggiore percentuale di casi di cancro nelle città rispetto alle campagne, sarebbe dovuta al fatto che gli abitanti delle campagne si nutrono a preferenza di prodotti locali e bevono acqua non filtrata.

C. TOSCANO.

Infestazione parassitica del naso.

H. Ligget (*Journ. of Am. Med. Ass.*, 9 maggio 1931) riporta un caso riguardante una bambina di 15 a. che presentava notevole flusso nasale, e talvolta espettorazione di pus. Quest'ultimo sintoma era preceduto da una sensazione di vellichio nel pavimento della bocca. Con forti tentativi di espettorazione si poteva notare nell'espettorato la presenza di un insetto vivente, di colore bruniccio, lungo circa 1 cm. L'esame delle larve ottenute dall'espettorato dimostrò trattarsi di un *Attagenus piceus* Oliv, insetto che infesta le coltri, gli sciallі e i corpetti. L'insetto aveva prodotto una sinusite mascellare bilaterale.

Il trattamento, lavaggio dei seni, condusse alla guarigione. Il caso è interessante per la relativa rarità della letteratura sui parassiti nasali. G. LA CAVA.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA INFORTUNISTICA

Tubercolosi ed infortuni sul lavoro.

(M. DUVOIR. *Le Bull. Médical*, 28 marzo 1931).

La quistione dei rapporti tra tubercolosi e trauma ha dato luogo a molte discussioni.

Nelle forme di *tubercolosi chirurgica* (osteo-articolare, sinoviale, testicolare, renale ecc.) conviene distinguere i casi nei quali la tubercolosi segue ad un trauma aperto ossia ad una ferita, da quelli nei quali segue ad un trauma chiuso, ossia ad una contusione.

L'origine traumatica della tubercolosi di una ferita non è dubbia. Si tratta dell'inoculazione diretta del bacillo di Koch. Si è constatata in un macellaio puntosi con osso di animale tubercoloso ed in un infermiere feritosi con una scheggia della sputacchiera di un tubercoloso.

La tubercolosi chirurgica può essere aggravata, rivelata o localizzata da una contusione.

Quando un trauma agisce su una lesione tubercolare anteriore nota, si può ammettere un aggravamento, quantunque ci sia da rilevare che un piccolo trauma è sempre meno attivo dell'esercizio quotidiano dell'articolazione.

Il più delle volte si tratta di una lesione in riposo, ad esempio un tumore bianco consolidato. Per ammettere la responsabilità dell'infortunio occorre che il trauma sia stato reale, che abbia agito sulla lesione e che la ricaduta si sia prodotta in uno spazio di tempo adeguato.

Quando il trauma agisce su una lesione tubercolare in atto il giudizio di aggravamento è più difficile.

Il più delle volte l'infortunio non fa che richiamare l'attenzione su una lesione fino ad allora ignorata. È noto che la tubercolosi osteoarticolare è un'affezione ad inizio insidioso e spesso indolente, in modo da consentire al paziente un lavoro normale.

La diagnosi della preesistenza della tubercolosi si basa sulla constatazione precoce delle manifestazioni patologiche troppo avanzate per essere state determinate dal trauma. La radiografia darà al riguardo elementi decisivi.

Per lo più avviene in realtà che il preteso trauma non è che uno pseudoinfortunio; il soggetto accusa come distorsione ciò che non è che una manifestazione della lesione ignorata.

Se il trauma c'è stato realmente c'è da determinare se ed in quanto esso ha aggravato la lesione preesistente.

Si potrà ammettere un'incapacità temporanea corrispondente alla durata della crisi d'aggravamento e negare ogni permanente.

La tubercolosi localizzata è la vera tubercolosi traumatica. La quistione molto discussa si pone nei seguenti termini: in un tubercoloso conclamato o latente un trauma può localizzare il bacillo di Koch in un punto e determinare con questo meccanismo un focolaio tubercolare in una regione precedentemente sana?

Dal punto di vista teorico è da rilevare che il caso nel quale un trauma durante il lavoro, ossia in un soggetto capace di lavorare, può colpire una regione nella quale circolino bacilli tubercolari, è molto raro. Ma ciò non può escludersi e quindi non si può scientificamente negare la possibilità della tubercolosi localizzata dal trauma.

Gli studi sperimentali non hanno apportato fatti realmente dimostrativi in favore della tubercolosi traumatica osteoarticolare, ma non la fanno nemmeno escludere.

Le osservazioni cliniche di tubercolosi osteoarticolare attribuite a trauma sono numerose. Ma tutte sono discutibili dal punto di vista etiologico e diagnostico.

Va innanzi tutto rilevato che gli infortuni invocati sono quasi sempre costituiti da traumi leggeri, mentre nella pratica chirurgica non si osservano mai localizzazioni tubercolari a seguito d'interventi eseguiti in soggetti tubercolotici.

D'altra parte si potrebbe obiettare che nei casi nei quali la manifestazione clinica tubercolare è seguita ad un trauma, questo non abbia fatto che svelare un processo precedentemente poco attivo o latente.

Di fronte però a tante pubblicazioni positive di tubercolosi traumatica, e tenuto conto che anche in linea teorica la etiologia stessa non può negarsi, nella pratica medico-legale la possibilità del rapporto tra tubercolosi ed infortunio va ammessa. È ovvio, però, che per ammettere tale rapporto occorre accertare la reale esistenza del trauma.

L'incapacità temporanea durerà finchè il processo sarà attivo. L'incapacità permanente sarà commisurata non solo agli esiti invalidanti (amputazione, anchilosi), ma anche all'eventualità di recidive ed alle precauzioni che il soggetto dovrà osservare durante il lavoro per evitare le recidive stesse.

La principale *tubercolosi medica* è quella polmonare.

La questione della tubercolosi polmonare traumatica è analoga a quella della tubercolosi osteoarticolare traumatica con questa differenza che per essa non può trattarsi di infezione inoculata e tutto si riduce all'azione del trauma non bacillifero.

Sono da considerarsi tre casi:

1) Il trauma ha colpito un tubercolotico polmonare più o meno avanzato. L'eventuale aggravamento si apprezzerà come quello della tubercolosi chirurgica.

2) Il trauma ha colpito un individuo affetto da broncoalveolite specifica latente. Ricorre allora la quistione della tubercolosi rivelata con o senza aggravamento. Per ammettere l'influenza del trauma occorre precisare l'intensità di questo e lo stadio della malattia. Quando questa (particolarmente all'esame radiologico) risultasse molto avanzata poco dopo l'infortunio, si può escludere la responsabilità del trauma.

3) Il trauma colpisce un individuo sano, almeno in apparenza. Dal punto di vista sperimentale vanno ricordati gli studi di Brouardel e Giroux, i quali stabiliscono che un trauma toracico può accelerare l'evoluzione d'una tubercolosi polmonare. Dal punto di vista clinico si deve notare che contrariamente a quel che avviene per la tubercolosi chirurgica, in quella polmonare il trauma responsabile deve essere sempre grave.

Nella pratica medico-legale si devono risolvere successivamente le seguenti quistioni:

1) Accertare la effettiva esistenza della tubercolosi polmonare, potendo trattarsi d'una falsa tubercolosi psicopatica, d'un'emottisi non tubercolare da ferita del polmone o da congestione o anche di un'emottisi simulata. La diagnosi sarà certa solo in seguito al reperto microscopico positivo dell'espettorato.

2) Accertare che la tubercolosi non sia preesistente al trauma.

Al riguardo gioverà l'esame radiologico. Qualora questo poco dopo l'infortunio metta in evidenza lesioni grossolane o anche caverne si può ammettere la preesistenza della tubercolosi.

3) Accertare l'idoneità del trauma a produrre la lesione.

Il più delle volte si tratta di ferite penetranti del petto o di contusione toracica.

Le ferite penetranti del petto sono rare in seguito ad infortuni sul lavoro.

Fondandosi sulle osservazioni fatte in guerra Sergent ritiene affatto eccezionale la produzione della tubercolosi a seguito di tali ferite e richiama l'attenzione sull'errore di considerare come tubercolari le emottisi che possono verificarsi più o meno tardivamente nei feriti del polmone.

La contusione toracica è certamente il trauma più suscettibile a provocare una tubercolosi polmonare. Sono stati pubblicati numerosi casi nei quali questo meccanismo sembra avere un'azione preponderante. Il perito baserà il suo giudizio sulla sede del trauma che dovrà avere colpito l'emotorace nel quale si è sviluppata la lesione.

Si è anche affermato che lo sforzo possa essere causa di tubercolosi polmonare, ma la maggioranza degli autori non ammette questa possibilità etiologica.

Gli effetti congestizî della decompressione dei cassoni possono essere causa di tubercolosi polmonare.

L'azione di gas irritanti, l'intossicazione ossicarbonica acuta, l'elettrocuzione possono provocare suffusioni polmonari emorragiche, alle quali possono seguire lesioni tubercolari.

I colpiti da scottature estese possono più o meno tardivamente diventare tubercolotici.

Va infine accennato all'inoculazione a distanza del focolaio tubercolotico traumatico, ad esempio lo sviluppo d'una tubercolosi polmonare in un soggetto malato di tumore bianco di cui si è ammessa l'origine traumatica.

La tubercolosi polmonare traumatica non presenta alcun carattere clinico e anatomo-patologico che la faccia distinguere da quella ordinaria, all'infuori del suo sviluppo nella parte traumatizzata.

La pleurite tubercolare traumatica solleva gli stessi problemi di quella polmonare.

La peritonite tubercolare traumatica è poco conosciuta.

Le quistioni che potesse far sorgere vanno risolute con il buon senso e con le norme accennate per le altre localizzazioni.

Lo stesso può dirsi della tubercolosi degli altri organi.

La conclusione di questo studio è che conviene studiare i fatti con molta circospezione, valutarli con buon senso riferendosi ai principi generali della legge su gli infortuni sul lavoro.

(Un'esauriente relazione sui rapporti tra infortuni e tubercolosi chirurgiche e mediche è stata fatta dal prof. S. Diez al IX Congresso internazionale Infortuni ad Amsterdam. *N. d. R.*).

DR.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

Per la tutela igienica del baliatico.

È stata inviata dal Ministero dell'Interno, Direzione Generale della Sanità Pubblica, alle LL. EE. i Prefetti del Regno, a S. E. l'Alto Commissario di Napoli, a S. E. il Governatore di Roma, una circolare in data 2 luglio 1931, n. 24.000/4, nella quale viene rilevato come non in tutti i Comuni del Regno siano scrupolosamente osservate le norme vigenti in materia di tutela igienica del baliatico specialmente nei confronti della profilassi della sifilide e della protezione dell'infanzia.

Al riguardo la circolare ritiene opportuno richiamare l'attenzione delle Autorità, perchè ne curino l'esatta osservanza, sulle disposizioni contenute nel Decreto Luogotenenziale 4 agosto 1918, n. 1395, e nella relativa ordinanza ministeriale 6 giugno 1919. Di speciale importanza, fra queste disposizioni, sono quelle che prescrivono l'autorizzazione, da rilasciarsi dal Podestà, per l'esercizio del baliatico e l'obbligo, che ogni bambino che venga affidato a baliatico, sia accompagnato da un certificato medico dichiarante se è o no affetto da sifilide. Di tale certificato medico, in doppia copia, un esemplare deve essere conservato dalla balia, insieme al proprio atto di autorizzazione, l'altro deve restare alla famiglia o all'ente che ha dato a balia il bambino. È super-

fluo illustrare la grande importanza profilattica di questa prescrizione, sul doveroso adempimento della quale sarà opportuno richiamare l'attenzione così delle donne che esercitano il baliatico, come delle famiglie e dei medici tutti.

Anche le norme relative alle agenzie di collocamento di balie, che interessano sopratutto i maggiori centri di popolazione, debbono avere la più esatta applicazione, come quelle riguardanti la vigilanza sul servizio del baliatico demandata agli ufficiali sanitari, cui spetta trasmettere trimestralmente alla Prefettura una relazione su tale servizio. Al riguardo è opportuno ricordare che l'art. 10 della legge 10 dicembre 1925, n. 2277, sulla protezione e l'assistenza della maternità e dell'infanzia, affida ai patroni di detta Opera, in ogni Comune, la vigilanza sui minori di 14 anni collocati presso nutrici o allevatori e che questi ultimi (nutrici e allevatori) devono denunziare ogni allevamento al locale Comitato di Patronato. Inoltre l'art. 190 del regolamento 15 aprile 1926, n. 718, per l'esecuzione della citata legge, dispone che nessuna donna può ricevere o tenere in consegna un bambino, per allattarlo fuori della dimora dei genitori o del tutore, nè esercitare in altro modo il baliatico, ove non sia munita dell'autorizzazione prescritta dal regolamento 4 agosto 1918, n. 1395, e che tale autorizzazione può esser rilasciata solo quando l'ultimo bambino della donna che la richiede, sia morto o abbia compiuto almeno il quinto mese di vita, tranne che dalla visita medica prescritta la donna risulti fisicamente capace di allattare ed allatti effettivamente anche il proprio bambino.

In quest'ultimo caso l'autorizzazione deve esser revocata quando venga accertato che la donna trascuri o sospenda l'allattamento del proprio bambino, prima che questo abbia compiuto il quinto mese.

L'alta importanza della disposizione di questo art. 190 ai fini dell'eugenica e dell'assistenza all'infanzia, nel periodo più delicato dello sviluppo del bambino, rende necessario che ne sia curata la più rigorosa applicazione, mentre si hanno ragioni per ritenere che essa non venga sempre scrupolosamente rispettata.

Il Ministero fa affidamento pertanto sulla consapevolezza delle elevate finalità demografiche delle norme di legge sulla tutela del baliatico e della prima infanzia da parte delle Autorità e dei medici provinciali, ed è sicuro della loro valida collaborazione in materia.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ARIENZO-SAN FELICE (*Napoli*). — Ufficiale sanit.; L. 9500; scad. ore 12 del 30 sett. Per informazioni e chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Ufficio Provinciale Sanitario presso l'Alto Commissario per la Provincia di Napoli.

BARI. *Amministr. Prov.* — Coadiutore e assistente della Sez. medico-micrograf. del Laborat. prov. d'ig. e profilassi; stip. rispettiv. L. 16.000 e L. 13.000, serv. att. L. 3000 e L. 4000, quadrienni di L. 1000; partecipaz. 30 e 15 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 31 lug. Scad. ore 12 del 30 ott.

FIRENZE. *Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Al 20 sett., ore 16; direttore generale sanitario; età lim. 45 a.; 5 anni di funzioni direttive in ospedali non inferiori a 500 letti; doc. a 3 mesi dal 10 ag.; chiedere annunzio; stip. L. 20.000 aumentabile a L. 24.000, indennità carica L. 2500, c.-v., alloggio; non è consentito l'esercizio professionale libero.

FUBINE (*Alessandria*). — Scad. 15 ott.; 2 posti; L. 7000 ridotte 12 % e 4 quinquenni dec., oltre L. 1000 cav.

GUBBIO (*Perugia*). — Per Carbonesca-Valdichiascio, condotta rurale. Per titoli. Stipendio lire 8000, con quattro aumenti quinquennali del decimo. Indennità: servizio attivo L. 1800; caroviveri se dovuto, nei limiti consentiti, ambedue sino a quando saranno mantenute dal Comune. Stipendio e indennità sono al lordo delle trattenute di legge e sottoposti alla detrazione del 12 % stabilita dal R. D. 12-11-930, N. 1491. Età massima anni 40, salve eccezioni di legge. Documenti di rito; vaglia di L. 50,10 intestato all'Economo, certificato inscrizione ad un Ordine di Medici pel 1930, diploma di laurea e documento di superato esame di Stato. Scadenza ore 19 del 25 settembre. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale di Gubbio.

MONTELPARO (*Ascoli Pic.*). — Scad. ore 18 del 30 sett.; L. 8500 oltre L. 500 indenn. laurea, lire 1000 ferenze, L. 2700 cavalc., L. 500 uff. san.; detraz. 12 %; età lim. 25-35 a.; tassa L. 50,10.

PALERMO. *Ospedale Civico e Benfratelli.* — Scad. 31 ott., ore 15; tredici assistenti ordinari, di cui tre per concorso pubblico e dieci per concorso interno; titoli ed esami; età lim. rispettiv. a. 35 e 40 al 31 lug.; laurea da non oltre 10 anni; tassa L. 50 al tesoriere, titoli ed esame; stip. L. 5000 ridotto del 12 %, c.-v.

POIRINO (*Torino*). — 2ª cond.; scad. 15 ott.; L. 7040 e 10 bienni dec., oltre L. 3080-1584-440 trasp., L. 440 indenn. ambulat. e alloggio.

SELVINO-AVIATICO. (*Bergamo*). — Per titoli. Condotta puramente residenziale, cioè a cura gratuita per i soli inscritti nell'elenco dei poveri ammontanti approssimativamente a 110. Popolazione complessiva 1917 persone. Stipendio L. 8000. Indennità di L. 1000 per mezzo di trasporto; lire 500 per Uff. Sanitario; oltre indennità caro viveri. Gli assegni sono soggetti alle ritenute di legge e alla riduzione di cui il R. D. 20-11-1930, N. 1491.

Più addizionale quota annua di L. 2 e di L. 5 per ogni inscritto nel I e II elenco poveri. Domanda e documenti di rito, più tassa di L. 50,15, debbono pervenire alla Segreteria Comunale di Selvino entro il 10 settembre. Per informazioni sui documenti o altro, scrivere alla Segreteria predetta.

Sestro (*Cremona*). — Consor.; a tutto 10 sett.; L. 11.000 aumentabili, oltre addizionali L. 2,50 e L. 3,50 sul 2° e 3° migliaio, L. 4 oltre; trasp. lire 4000; uff. san. L. 1000; ambul. L. 300; riduz.; doc. a 3 mesi dal 10 ag.; serv. entro 15 gg.

Teramo. *Amministrazione Provinciale*. — Per titoli ed esami. Direttore della Sezione micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi. A rettifica si informa che l'età dei concorrenti è *massima* di anni 45 e non *minima* come erroneamente annunziato nei precedenti nn. 33 e 34. Tutte le altre modalità restano invariate.

Travesio (*Udine*). — Scad. 5 nov.; L. 9000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 500 serv. att., L. 3000 trasp., c.-v., L. 900 uff. san.; riduz.

Vezza d'Oglio (*Brescia*). — Scad. 30 sett.; consor.; L. 10.000 oltre c.-v., L. 3500 trasp., lire 1000 uff. san., il tutto decurtato 12 %.

Vigone (*Torino*). — Una delle condotte mediche, secondo il Capitolato visibile presso la Segreteria Comunale. Scad. 31 ott.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

Concorsi a premio.

Premio Hermann Freund.

La Facoltà medica dell'Università di Francoforte sul Meno indice un concorso al premio Hermann Freund sul tema: « Variazioni nel numero dei trombociti e nel tempo di coagulazione durante la gravidanza, basandosi sui metodi di ricerca più recenti ». Il premio è dell'importo di 200 marchi.

I lavori devono essere inviati in tedesco, con pseudonimo, entro il termine massimo del 1° dicembre.

Borse di studio.

Collegio Ghislieri.

Il Consiglio d'amministrazione del Collegio Ghislieri di Pavia rende noto che per il prossimo anno accademico 1931-32 sono vacanti e da conferire dieci posti gratuiti per studenti presso l'Ateneo pavese. Due di tali posti potranno essere conferiti anche ad aspiranti non lombardi nè figli di lombardi, e per due di tali posti sarà data la preferenza ad aspiranti nativi della città o diocesi di Pavia. Un posto gratuito sarà anche dato per Fondazione Castiglioni. Entro il novembre sarà pure conferito in base alle speciali norme, il premio di perfezionamento Principe di Piemonte di seimila lire, ad alunno neo-laureato riconosciuto di meriti particolarmente distinti.

I posti di fondazione Ghisleri sono conferiti in base a risultato di concorso per esami giudicati da docenti dell'Università di Pavia. Tali esami avranno luogo dopo il 15 ottobre prossimo in giorni da stabilirsi.

Ente Silvio e Marco Resnati.

(Fondazione Alessandro Pancera presso la Società Mutuo Soccorso Medici e Chirurghi di Lombardia).

È aperto il concorso per l'assegnazione di quattro Borse di studio di L. 4000 cadauna, per l'anno scolastico 1931-1932, a favore dei figli di medici ed assicuratori. Le borse sono assegnate (come prescritto dal fondatore sig. Alessandro Pancera), « con l'unico criterio di dare il maggiore appog- « gio a fare degli uomini che bastino a se stessi, « buoni impiegati, buoni commercianti, buoni « professionisti, specie non laureati (pur senza « escludere questi ultimi), anche buoni operai, « specializzati in lingue straniere, in speciali rami « industriali, artistici, professionali e di conta- « bilità, tanto in Italia che all'Estero. Le borse « devono essere veri premi di incoraggiamento « alla perfezione del lavoro ». Possono concorrere i figli di medici residenti da almeno 10 anni in Provincia di Milano ed i figli di impiegati di Società di Assicurazioni od Enti Assicuratori con sede centrale o filiale in Provincia di Milano e residenti in tale Provincia da almeno 5 anni. I concorrenti dovranno avere almeno 18 anni compiuti. Chiedere bando alla sede sociale, via Cerva 40, Milano.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Ivo Nasso, direttore della Clinica pediatrica della R. Università di Messina, è chiamato a coprire la stessa cattedra a Milano, resasi vacante in seguito alla perdita del prof. Cattaneo. Al posto lasciato libero dal prof. Nasso è stato chiamato, da Bari, il prof. Salvatore Maggiore. Ai due insigni pediatri le nostre più vive felicitazioni.

Il prof. Rathery, titolare della cattedra di patotologia sperimentale e comparata alla Facoltà medica di Parigi, passerà ad occupare, col 1° ottobre prossimo, la cattedra di clinica medica terapeutica alla stessa Facoltà, in sostituzione del prof. Vaquez.

Il prof. Vaquez è nominato membro onorario della Società ceco-slovacca di cardiologia.

Il Consiglio della Facoltà medica di Montpellier ha designato il prof. J. Vires alla cattedra di clinica medica, resa vacante dalla morte del prof. Vedel.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Torino.

Seduta del Centro per lo studio dei tumori.

Presieduta dal prof. Benedetto Morpurgo, l'ultima seduta ebbe luogo il 14 luglio con l'intervento, come sempre, di una folla di medici della città e provincia

Fu svolta dapprima la comunicazione del prof. F. Micheli e dott. Rotta « Su alcune forme di linfomatosi tubercolare ».

Nel riassumere le conoscenze su queste interessanti forme di tubercolosi ghiandolare, che devono ritenersi in rapporto a forme di tubercolosi miliari attenuate, gli AA. ricordano che nei casi descritti esistono lievi o mediocri elevazioni termiche, le ghiandole raggiungono talora una grossezza notevole, vi è generalmente leggera o mediocre splenomegalia, linfocitosi relativa, cutireazione negativa per la tubercolina di bacillo umano e bovino e il reperto istologico è quello di una tubercolosi ghiandolare a grandi cellule. Descrivono quindi un caso di questa forma in un giovane di 22 anni in condizioni generali buone, apiretico, con ingrossamenti ghiandolari della grandezza di una noce in tutte le regioni, con epato e splenomegalia di modico grado e reperto radiografico di disseminazione moderata recente di piccoli noduli miliari a tipo ematogeno. Il reperto istologico ghiandolare dimostrava una trasformazione delle ghiandole in nidi di cellule di forma fusata e tozza, disposte concentricamente, con rare cellule giganti, senza traccia di caseosi, con stroma in degenerazione ialina e presenza di rarissimi bacilli di Koch e granuli di Much all'esame batterioscopico, mentre le culture e l'innesto delle ghiandole nelle cavie ebbero esito negativo. Con irradiazioni di raggi X sulla milza la tumefazione splenica e ghiandolare; che già accennava a regressione spontanea, diminuì notevolmente. Dopo l'irradiazione la tubercolino-reazione divenne leggermente positiva. Tale quadro morboso che trae origine da una disseminazione ematogena di germi tubercolari da focolai preesistenti, si può distinguere dalle forme di tubercolosi miliare ad andamento discreto, con possibilità di guarigione, per l'assenza di risentimento generale, di febbre, di cutireazione positiva. Non è possibile dire se la particolare reazione ghiandolare dipenda da un'attenuazione del germe o da una particolare reazione dell'organismo.

Seguirono altre numerose comunicazioni. Il prof. Bertone comunicò su un caso di adenofibromioma carcinomatoso. Il dott. A. Bobbio svolse una comunicazione « su tre casi di dermatofibromi della regione mammaria » descrivendo l'interessante decorso di queste forme che evolvono, con lunghi periodi di latenza (20-25 anni), e possono degenerare in forme fibrosarcomatose con metastasi ghiandolari; sotto alcuni aspetti il quadro istologico può ricordare il reperto di infiammazioni croniche, ma il complesso dei caratteri istologici le fa ascrivere nettamente ai neoplasmi; la radio-terapia ad alte dosi ha buoni effetti. Il prof. Anglesio ha comunicato su un caso di paraglanglioma maligno del coccige curato favorevolmente coi raggi X. Il prof. Serafini ed il dott. Carando comunicarono su casi di neurinoma. Il dott. Marcolongo su « un caso di tumore cerebrale simulante un'encefalite » caso decorso, fin dall'inizio con mediocre febbre e corrispondente al reperto di un glioma cistico con piccole emorragie e focolai di necrosi; riguardo alla patogenesi della febbre discusse la possibilità che essa derivi da irritazione dei centri termoregolatori o vasomotorii (come nell'ipertermia lateralizzata degli emiplegici) o dai focolai di necrosi. Seguirono infine altre comunicazioni del prof. Massa sui « neurofibromi plessiformi », del prof. Anglesio sulla « degenerazione carcinomatosa dell'ulcera gastrica », del dott. Bertini « sul carcinoma del dotto cistico », del dott. Zanardi sul « carcinoma traumatico » e del dott. Bettazzi sui « processi précancerosi da catrame ».

CIPRIANI.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso internazionale sulla litiasi biliare.

Alla stazione idrominerale di Vichy sono progettati importanti lavori per i prossimi anni; tra essi è un nuovo e grande stabilimento termale, già in via di compimento. Per celebrarne l'inaugurazione, la « Société des Sciences Médicales » ha preso l'iniziativa di organizzare, sul posto, per gli ultimi giorni di settembre 1932, un Congresso internazionale sulla litiasi biliare. Questa manifestazione sarà la prima di una serie di riunioni mediche analoghe, le quali saranno periodicamente consacrate, in quella stazione, alle malattie del fegato e alle affezioni che vi si collegano.

Corso di perfezionamento sulle malattie tropicali a Londra.

Si terrà dal 5 al 23 ottobre, nell'Ospedale per le malattie tropicali (Gordon Street 25, Londra C. W. 1), ad iniziativa della « Post Graduale Medical Association ». Concernerà i seguenti soggetti: dissenteria, malaria, peste, colera, leishmaniosi, tripanosomiasi, filariosi, lebbra, sprue, malattie cutanee, febbre ittero-emoglobinurica, aspetti chirurgici delle malattie tropicali.

Il corpo insegnante è così costituito: L. Rogers, P. Manson-Bahr, G. C. Low, J. M. H. MacLeod, T. S. C. Evans, T. P. Kilnes, N. H. Farley. Quo-

ta d'iscrizione: Lst. 8 s. 8; iscrizioni presso il « Fellowship of Medicine » Wimpole Street 2, London W. 1, Inghilterra.

Grande beneficenza alla Croce Rossa Italiana.

Il nobile Pasquale Gravina Malerba che, come fu detto nel N. 31, ha lasciato tutta la sua rilevante sostanza (circa 20 milioni di lire) alla Croce Rossa Italiana, era nato nel 1884 a Caltagirone.

Il Podestà di Caltagirone ha diretto al Presidente generale della Croce Rossa Italiana una lettera di alto significato. Essa dice, fra l'altro:

« La donazione munifica del concittadino Gravina, a pro di un'Istituzione tanto benefica — che, oltre a compiere il faticoso e delicato servizio di guerra, svolge opera provvidenziale e sapiente nel campo della profilassi delle malattie sociali, in quello dell'assistenza sanitaria e della educazione igienica a favore delle classi più umili — mentre addita questa nostra Città alla riconoscenza di quanti godranno dei beneficii, derivanti dall'accresciuto patrimonio dell'Istituzione, servirà di monito e di stimolo ad altri ricchi inerti.

« Questa cittadinanza sarebbe molto riconoscente a V. E. se la memoria dell'estinto venisse, nella sua patria, resa perenne a mezzo di un'opera vera e provvida di assistenza sociale ».

S. E. Cremonesi ha ringraziato, rilevando l'importanza materiale e l' alto valore morale della disposizione del Gravina ed assicurando che la Croce Rossa terrà nella migliore considerazione il voto espresso.

Consorzio antitubercolare di Napoli.

Nella tornata del 14 agosto 1931 l'assemblea del Consorzio antitubercolare, riunita sotto la presidenza dell'on. prof. Morisani si è occupata della costruzione del nuovo grande Sanatorio che dovrà sorgere in Napoli e di cui sono stati già iniziati i lavori.

È stata poi nominata dall'assemblea la giunta esecutiva del Consorzio stesso, che è risultata così composta: presidente l'accademico prof. De Blasi; componenti: sen. prof. Pascale, prof. P. Castellino, prof. R. Jemma, prof. G. Orsi, il medico provinciale, il Commissario della Cdoce Rossa e il Delegato della Cassa Nazionale Assicurazioni Sociali ·

L'Ospedale americano di Neuilly.

L'Ospedale americano di Neuilly, presso Parigi, ha pubblicato una relazione pel 1930, dalla quale risulta che nel corso dell'anno furono ricoverate 1227 persone di cui 1125 appartenenti agli Stati Uniti e le restanti a 34 altri paesi (tra cui l'Italia figura con 10 ricoverati). Gli ambulatori curarono altre 1098 persone.

Le infermiere furono spesso richieste per l'assistenza anche in paesi lontani (come Barcellona e Monaco di Baviera).

Centro materno in Argentina.

In conformità alle direttive tracciate dal Dipartimento Nazionale d'Igiene dell'Argentina, le istituzioni della città di Santa Rosa hanno provveduto ad assicurare la fondazione di un importante centro materno, il quale comprenderà: un consultorio prenatale, un ambulatorio per bambini e per madri, una maternità, un piccolo pedoconio, una casa per bambini abbandonati, una scuola materna e un ambulatorio dentistico.

La 6ª festa annuale della madre francese.

Il 1° giugno venne celebrata in tutta la Francia la 6ª festa annuale della madre. A Parigi furono distribuite 9 medaglie d'oro a madri di 10 bambini, 21 d'argento a madri di 8 e di 9 bambini, 108 di bronzo a madri con 5-7 bambini. Dopo la cerimonia venne servita ai bambini una merenda e poi fu recitata da grandi artisti di prosa una commedia. Le madri furono condotte all'Arco del Trionfo, per ravvivare la fiamma del ricordo, ed il corteo, preceduto da bandiere e da canestri di fiori, aveva alla testa la presidente dell'Associazione delle donne francesi, Duval Arnould, e la vice-presidente, Luisa Thuliez, compagna di miss Edith Cavel e come lei condannata dai tedeschi nel 1915, sfuggita alla morte per intercessione di Wilson e del Re Alfonso di Spagna. Ella tenne un discorso. Il Comitato direttivo fu poi ricevuto dal Presidente della Repubblica.

Nei Dipartimenti la festa della madre francese ha dato luogo a distribuzione di ricompense, a cortei di fanciulli, a pellegrinaggi ai monumenti dei soldati morti in guerra.

Dappertutto si è reso omaggio al nuovo Presidente della Repubblica, sig. Doumer, ed alla sua signora, genitori di numerosa prole.

Le classi speciali per alunni con difetti della vista negli Stati Uniti.

Una recente statistica di queste classi,dette «per la conservazione della vista», ne ha rivelata la presenza in 87 città, distribuite in 21 Stati della Confederazione.

Si è osservato che dopo un periodo di frequenza nelle classi specializzate, sottoposti gli alunni a nuovo esame, risultò che oltre il 90 % di essi avevano conservato per intero il loro grado di vista e molti l'avevano anche migliorato.

La percentuale dei promossi rilevata tra 2013 alunni di queste classi raggiunse l'88 %, percentuale particolarmente alta, poichè tra gli alunni normali delle classi ordinarie la percentuale dei promossi nelle scuole di Filadelfia nel 1928 risultò dell'87 %.

Centralizzazione delle camere mediche in Germania.

In Germania ogni provincia tiene la sua Camera medica, destinata alla disciplina professionale e alla tutela degli interessi corporativi. Le Camere mediche — equivalenti ai nostri Ordini — sono del tutto autonome; ma in seguito ad un voto espresso dal recente Congresso medico professionale di Colonia, si è deciso di fonderle in una Federazione Si spera, in tal modo, di poter rimediare alla loro limitata attività e di poter opporre una più efficace resistenza alle Casse d'assicurazione.

Un corso per tecnici ausiliari.

Presso l'Università del Kentucky è stato organizzato un corso di tecnologia medica, della durata di 4 anni, allo scopo di soddisfare le crescenti richieste di tecnici (in batteriologia, serologia, istologia, radiologia, chimica biologica, ecc., ecc.). Il corso è stato affidato all'Istituto di batteriologia.

Il prof. Castiglioni nel Sud-America.

Il prof. Arturo Castiglioni è stato invitato dall'Istituto di cultura argentina a tenere un corso sulla storia della medicina nelle Università di Buenos Aires, Cordoba e Rosario; analogo invito

ha ricevuto dal Centro di cultura brasiliana, per l'Università di San Paolo del Brasile.

È partito dall'Italia il 5 agosto e si tratterrà nell'America del Sud circa due mesi per svolgere questi cicli di conferenze.

In memoria del prof. Queirolo.

Nella Clinica medica di Pisa è stato scoperto un busto marmoreo del prof. sen. G. B. Queirolo. Hanno ricordato le doti preclare di scienziato e di maestro del grande scomparso i proff. Lotti, Carreras, sen. Maragliano, Pellizzi e Galli.

Propaganda per la festa dell'uva in Italia.

S. E. Bodrero, presidente della Confederazione Professionisti ed Artisti, in occasione della prossima celebrazione della seconda festa nazionale dell'uva, che per espressa volontà del Capo del Governo avrà luogo in tutta Italia il giorno 27 settembre prossimo, ha diramato una circolare a tutti i presidenti e fiduciari per la propaganda e per l'istruzione popolare, invitandoli a concorrere con l'efficace opera loro al buon esito di questa manifestazione nazionale.

Vigilanza sui gelati e sul ghiaccio a Roma.

L'Ufficio d'Igiene del Governatorato di Roma ha intensificato, durante il periodo estivo, il controllo sui gelati, sul ghiaccio e sulle acque gassose, affinchè si usino acqua pura e prodotti non alterati e sia evitato l'uso di sostanze edulcoranti sintetiche, come la saccarina.

Si è proceduto al sequestro di parecchie bevande e di sciroppi saccarinati.

Per la limitazione delle nascite nel Sud-Africa.

Il movimento per la limitazione delle nascite guadagna Paesi che dispongono di enormi estensioni di territorio, ove sarebbe possibile un incremento formidabile della popolazione, come l'Unione sud-africana.

L'argomento è stato discusso ad una riunione, tenutasi a Johannesburg, dalla « Rand Welfare Society ». La dott.a Annie Porter argomentò per esempi. Citò una famiglia in cui 4 sorelle vantavano 86 figli. Il *record* era tenuto da una di esse, che aveva avuto 28 figli; di questi però 8 erano morti prima di raggiungere l'età di 5 anni; altri 10 prima dei 21 anni; solo 10 rimanevano in vita. Quasi tutti erano malsani, e le madri erano deperite. L'attività di queste donne-coniglie non sarebbe da incoraggiare. Avendo fatto considerare alla più giovane di esse i vantaggi della limitazione, ella ne divenne subito un'adepta. Il giudice G. H. Shave, del Tribunale giovanile della città, sostenne che nelle famiglie sovraffollate non solo difettano il nutrimento, la pulizia e l'educazione, ma si riscontrano con frequenza soggetti frenastenici e delinquenti; esse dànno il maggior lavoro al Tribunale. A suo avviso, una ragionevole limitazione delle nascite potrà contribuire alla rigenerazione della razza.

Ciarlatanismo e spiritismo.

In Germania si è svolto un processo contro una Ditta farmaceutica, la cui attività risultava poco chiara. Il gerente dei laboratori dichiarò di ricevere il testo delle ricette dallo spirito di Bombastus Theophrastus Paracelsus. Dei tre periti uno sostenne che la suggestione può conferire efficacia reale ai rimedi; gli altri due però furono di altro parere. Il Tribunale ha condannato il gerente ad un'ammenda di 1000 marchi (circa 5000 lire it.).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journ. A. M. A., 4 apr. — D. RIESMAN. Alta pressione sang e longevità. — G. DE TAKÁTS e al. Trattam. delle vene varicose. — N. GOTTEN. Tumori cerebrali nell'epilessia.

Endocrinology, gen.-feb. — R. C. MOCHLING. L'emicrania — E. P. BUGHEE. Ormoni del lobo anter. dell'ipofisi. — W. LINTZ. Glandole endocrine e denti.

Bull. Ac. Méd., 31 mar. — R. TARGOWLA. Nevrassiti tossi-infettive e malattie mentali; le psicoencefaliti. — A. CADE e al. Anafilassi all'insulina.

Ann. de Méd., mar. — Numero di endocrinologia.

Riv. di Patol. nerv. e ment., gen.-feb. — C. URGUGIERI. Citologia del liquido cef.-rach. — G. ROASENDA. Neuro-ipofisi ed erezione. — F. PENNACCHI. Acrodinia. — G. ZANETTI. Struttura ed istogenesi della gomma cerebr.

Giorn. Veneto di Sc. Med., gen. — G. CAGNETTO. Punti controversi di patologia polm.

Arch. It. di Chir., 5. — L. MARTINELLI e G. POTOSCHNIG. Adamantinoni. — C. LEO. Depressione ombellicale. — 6. FARCHINI. Abolizione del drenaggio nelle peritoniti purulente.

Lancet, 18 apr. — D. MCALPINE. Encefalomielite acuta disseminata.

Deut. Med. Woch., 17 apr. — HOLFELDER. Lotta contro il cancro. — VON WEIZZÄCKER. Atto fisiologico, sintomo e malattia.

Bull. Méd., 2 mag. — Num. sulle acque minerali.

Presse Méd., 2 mag. — F. COSTE e al. Orientamenti terapeutici nel reumatismo cron.

Am. Journ. Obst. a. Gyn., apr. — C. F. FLUHMANN e L. MORSE. Le emorragie uterine. — C. E. GALLOWAY. L'assistenza post-partum.

Practitioner, mag. — E. MILES. Fistole anorettali. — G. E. S. WARD. L'elettrocardiografo nella diagnosi e nella prognosi.

Journ. A. M. A., 18 apr. — H. W. JONES e al. I datori di sangue: azione di sottrazioni ripetute di sangue. — W. L. GOULD. Fitodermatosi del piede.

Lancet, 2 mag. — J. C. WEBB e S. L. MUCKLOW. Trattam. non operativo della prostata senile.

Paris Méd., 2 mag. — Numero sulle malattie della nutriz.

Quarterly Journ. of Med., apr. — W. MACKAY. Le piastrine. — C. BRAMWELL e R. ELLIS. La circolazione nei maratoneti. — K. E. HARRIS. L'orticaria. — J. A. G. BURTON e al. Miosite fibrosa generalizzata.

Nutrition, 2. — Numero sulla ipersensibilità, intolleranza e anafilassi d'orig. digerente.

Rif. Med., 27 apr. — E. MARAGLIANO. Guido Baccelli nell'opera sua.

Journal A. M. A., 25 apr. — F. ALEXANDER. Psicoanalisi e medicina. — A. D. CARR e al. Iperinsulismo da adenoma del pancreas.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 3 mag. — G. HANAU. Polmoni dei fumatori che inalano il fumo. — A. SPANIO. Radicolite sciatica luetica.

Med. Klinik, 8 mag. — L. MOSZKOWICZ. Il carcinoma quale problema biologico.

Journ. Méd. Franç., mar. — Numero sulle localizzazioni patologiche da freddo

Deut. Med. Woch., 8 mag. — Numero di climato-balneoterapia.

Morgagni, 3 mag. — A. GUALDI. Azoto amidico nei nefritici.

Presse Méd., 6 mag. — M. LABBÉ e F. NEPVEN. Diagn. dell'insufficienza pancreatica.

Riv. oto-neuro-oftalmolog., gen.-feb. — GIRAUDI. La sindrome dei tumori dell'apice della piramide polmon.

Amer. Journ. Med. Sc., mag. — A. S. WIENER. Determinaz. della paternità mediante i gruppi sang. — J. E. CONNERY. Anemia pernic. trattata con dosi massive di fegato. — F. R. NUZUM, M. BACKER. Ipertensione arteriosa.

Haematologica, II. — F. MICHELI. Anemia (splenomegalia) emolitica con emoglobinuria-emosiderinuria tipo Marchiafava.

Giorn. It. di Dermat. e Sifilol., apr. — L. TOMMASI. Limiti di dipendenza e di autonomia nella patologia della pelle. — A. MASIA. Anticutine e procutine.

Arquivos da Escola Méd.-Cir. de Nova Goa, 3. — J. M. D'ABREU. Linfogranulomatosi. — F. X. DE SIQUEIRA NAZARETH. Cirrosi ipertrofica biliare infantile.

Presse Méd., 9 mag. — R. BENSAUDE e J. COTTEY. Il sottonitrato di bismuto nei disturbi nervosi e circolatori paradigestivi (extra-sistoli, dolori precordiali, emicranie).

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., apr. — C. FLUHMANN e al. Emorragie uterine. — B. CROTHERS. Il meccanismo del travaglio dal punto di vista neurologico. — S. S. ROSENFELD. Il posto della Porro nell'ostetricia moderna.

Arch. Malad. App. Dig. ecc., mar. — DIMITRACOFF. Estratto pancreatico deinsulinizzato e ulcere gastro-duoden. cron. — R. SARLES e J. GARCIN. La cistifellea esclusa; diagnosi.

Quart. Journ. Med., apr. — J. A. G. BURTON e al. Miosite fibrosa generalizzata. — D. HUNTER. Metabolismo del calcio e del fosforo e paratiroidi.

Ann. di Clin. Med. ecc., gen. — U. SOLI. Il problema dell'ereditarietà della tbc. — S. LATTERI. Colture in vivo dello streptococco.

Arch. Ital. di Anat. e Istol. Patol., mar.-apr. — R. REITANO. Le alterazioni del sistema nerv. centr. e periferico nelle avitaminosi speriment. — P. VERGA. Reumatismo sperimentale e tiroide. — F. GUCCIONE. Noduli da malformazione nel parenchima della milza. — V. BARONE. Cisti sierose della milza e loro patogenesi.

Acta Med. Scandin., VI. — N. I. NISSEN. La lipemia alimentare. — *Supplem.* O. CHRISTENSEN. I dolori da fame.

Deut. Med. Woch., 15 mag. — SCHEUNERT. I legumi come sorgenti di vitamine. — M. SCHOTTE. Azioni terapeutiche sulla rigenerazione ossea.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., mag. — W. MALAMUD e W. J. NIGARD. Sensi cutanei e percezione spaziale. — A. GORDON. Forme emorragiche e cerebellari dell'encefalite letargica. — J. FRIED. Trattamento delle atrofie ottiche diabetiche con zolfo.

Brit. Med. Journ., 16 mag. — J. INGRAM e F. S. FOUWEATHER. Acidosi e seborrea.

Riv. Sanit. Sicil., 1 mag. — A. GAROFALO. Metrorragie della pubertà.

Indice alfabetico per materie.

A. POZZI, resp.

V. ASCOLI †, Red. capo.

Roma - Stab. Tipo-Lit Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII Roma, 7 Settembre 1931 - IX Num. 36

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. CLINICA MEDICA DI CATANIA
diretta dal Prof. LUIGI FERRANNINI.

L'azione dell'insulina sulle soglie renali.

Dott. GIUSEPPE SORGE, assistente.

La frequente osservazione di diabetici, trattati con insulina, che si mantengono aglicosurici o scarsamente glicosurici mentre il loro tasso glicemico conserva valori molto elevati, di diabetici, cioè, a soglia renale alta per il glucosio, mi indusse a studiare l'effetto della somministrazione di insulina sulle soglie renali.

A tale scopo dall'aprile al giugno 1930 ho tenuto in osservazione due diabetici, nuovi alle cure insuliniche, ricoverati nell'infermeria della Clinica. Questi pazienti, che per tutto il periodo della ricerca (circa due mesi) furono tenuti a letto, a una dieta mista ipocarbonata costante del valore energetico di circa 1800 calorie, dopo i primi giorni di osservazione ricevettero quotidianamente dosi di insulina (Degewop) comprese fra 15 e 35 U. C., regolando il dosaggio in modo da raggiungere e mantenere l'aglicosuria.

Prima e durante il trattamento, prolungato in entrambi per più di un mese e mezzo, furono determinati ogni 2-4 giorni i valori delle soglie renali di eliminazione del glucosio, del cloro e dell'acqua, desumendoli da quelli del tasso glicemico, del tasso cloremico, dell'albuminemia (idremia), della diuresi, della glicosuria e della cloruria.

I dosaggi venivano eseguiti sempre di mattina a digiuno, nelle stesse condizioni di ricerca. Per la determinazione della glicemia mi servivo del micrometodo di Bang; per la cloremia del metodo di Laudat; per l'albuminemia del metodo refrattometrico; per la glicosuria del metodo di Fehling e per la cloruria del metodo Volhard-Salkowski.

I risultati della ricerca furono comunicati alla Sezione di Catania della Società Italiana di Biologia sperimentale nella seduta del 26-6-30 (v. Boll. della Società, vol. V, fasc. 5, pagina 762). Per quanto riguarda la soglia del glucosio, l'ammalato I, che prima della terapia insulinica eliminava colle urine 20 gr. ‰ di glucosio con un tasso glicemico di 2,15, dopo 8

giorni di cura si manteneva aglicosurico con valori glicemici di 2,39-2,60; e l'altro ammalato, che prima perdeva 50 gr. ‰ di glucosio con una glicemia di 2,07, a terapia instituita era aglicosurico con valori glicemici di 2,50-2,80. Anche per il cloro, nei due ammalati le cifre dell'eliminazione urinaria restarono notevolmente inferiori, durante il trattamento insulinico, a quelli registrati prima, mentre i valori cloremici tendevano all'aumento. Per quanto riguarda l'acqua, infine, anche se resta difficile discriminare quello che spetta alla diminuita eliminazione dei cristalloidi, sta di fatto che durante la terapia insulinica accanto alla riduzione della diuresi fu osservato un aumento più o meno notevole dell'idremia (albuminemia, rispettivamente nei due ammalati, da 83,40 a 75,18, e da 83,10 a 77,40, vedi tavole loc. cit.).

In base a questi risultati, fu allora concluso che, almeno in alcuni diabetici, l'insulina fa elevare le soglie renali di secrezione del glucosio, del cloro e dell'acqua.

La comunicazione incontrò largo consenso non solo fra i Clinici, ma anche fra i Biologi: il prof. Foà, per es., mi fece prontamente sapere che si interessava a tale studio, e che anche a Lui e ad altri colleghi era occorso di osservare gli stessi fenomeni.

Successivamente, con la dott.ssa Iacono, abbiamo approfondito le indagini, estendendole anche agli individui senza disordini del ricambio e studiando anche le modificazioni delle soglie indotte dalla florizina, prima e dopo il trattamento insulinico.

L'innalzamento della soglia del glucosio per effetto dell'insulinoterapia si è potuto osservare in numerosi diabetici, anche seguiti ambulatoriamente o indirizzati periodicamente al nostro laboratorio per l'esame del sangue e delle urine: in generale in seguito al trattamento insulinico, di solito già dopo qualche settimana di cura, si aveva la scomparsa del glucosio dalle urine malgrado la glicemia si mantenesse invariata o, ancora più spesso, tendesse ad aumentare più o meno sensibilmente.

In tre ammalati, che abbiamo potuto ricoverare in Clinica e tenere in osservazione per un periodo sufficientemente lungo, abbiamo studiato le soglie renali prima e dopo 20 giorni di terapia insulinica, senza molto rigore nelle limitazioni dietetiche, anzi accordando ai pazienti una certa larghezza, e senza elevare le dosi di insulina fino a far scomparire la glicosuria. Inoltre, prima e dopo il trattamento, abbiamo saggiato l'abbassamento delle soglie renali prodotto in un'ora dalla somministrazione sottocutanea di 1 cg. di florizina.

I risultati principali di queste osservazioni sono raccolti nella tabella I.

TAB. I. — DIABETICI.

		Glicemia ‰	Glicosuria ‰	Cloremia ‰	Cloruria ‰	Diuresi per 24 h.	Albuminemia ‰
CASO I. ♂ anni 14							
Prima del trattamento insulinico	. . . . . .	3.10	60	5.10	6.80	2300	72
	dopo iniezione di florizina	2.09	74	5.07	7.38	2625	72
Dopo 20 giorni di insulina (40 60 U.)	. . . . . .	4.08	40	6.10	6.50	1750	70
	dopo iniezione di florizina	2.08	7[illegible]	5.02	8.72		70
CASO II. ♀ anni 48							
Prima del trattamento insulinico	. . . . . .	2.84	47	4.34	7.07	2200	82
	dopo iniezione di florizina	2.15	60	4.04	9.43	2600	82
Dopo 20 giorni di insulina (40-60 U).	. . . . . .	4.50	35	7.05	6.40	1000	80
	dopo iniezione di florizina	2.50	50	4.98	10.07	1850	80
CASO III. ♂ anni 42							
Prima del trattamento insulinico	. . . . . .	3.10	62	5.10	8.19	2000	62
	dopo iniezione di florizina	2.60	70	4.30	9.93	2400	63
Dopo 12 giorni di insulina (30 U.)	. . . . . .	3.85	25	5.60	7.21	1500	61

TAB. II. — NON DIABETICI.

		Glicemia ‰	Glicosuria ‰	Cloremia ‰	Cloruria ‰	Diuresi per 24 h.	Albuminemia ‰
I. - Meccanico di a. 25, ricoverato per ascesso polmonare, attualmente convalescente.							
Prima del trattamento insulinico	. . . . . .	1.01	0	5.29	14.25	1300	85
	dopo iniezione di florizina	0.89	3	5.18	15.57	1520	85
Dopo 10 giorni di insulina (10 U.)	. . . . . .	2.10	0	6.20	10.15	1100	82
	dopo iniezione di florizina	1.15	0	6.02	12.80	1400	84
II. - Tappezziere di a. 51, ricoverato per bronchite, convalescente.							
Prima del trattamento insulinico	. . . . . .	1.03	0	5.98	7.60	700	82
	dopo iniezione di florizina	0.93	8	6.08	9.05	950	82
Dopo 10 giorni di insulina (I0 U.)	. . . . . .	1.82	0	6.25	8.53	600	80
	dopo iniezione di florizina	1.10	0	5.90	9.20	1000	82

La tabella II contiene i risultati di uno studio analogo condotto su due individui senza disturbi del ricambio, nei quali vennero saggiati i valori delle soglie renali, anche dopo iniezione di florizina, prima e dopo 10 giorni di trattamento insulinico, alla dose di 10 unità al giorno, in due iniezioni ipodermiche praticate mezz'ora prima dei due pasti principali della giornata. Per tutta la durata dell'indagine questi due pazienti furono tenuti a dieta mista sufficiente, assolutamente costante anche riguardo all'apporto idrico.

Così come risultano chiaramente dalle tabelle, questi risultati, comunicati alla stessa Società di Biologia nella seduta del 23 maggio u. s. ed attualmente in corso di pubblicazione, ci autorizzarono a concludere che, nei diabetici e nei non diabetici, in seguito alla somministrazione di insulina si osserva: 1) aumento della glicemia, nei diabetici con riduzione della glicosuria; 2) aumento della cloremia con riduzione della cloruria; 3) aumento dell'idremia con riduzione della diuresi. Vale a dire, *innalzamento delle soglie renali di secrezione del glucosio, del cloro e dell'acqua.*

Per quanto riguarda l'acqua, e un po' anche il cloro, non si tratta di modificazioni quantitativamente molto spiccate: tuttavia la costanza delle variazioni osservate, anche se non di grande entità, autorizza a concludere, anche per ragioni di analogia, che ci si trovi in presenza di una particolare azione elevatrice dell'ormone pancreatico sulle rispettive soglie renali di secrezione. Del resto, per la soglia dell'eliminazione idrica, che è in genere la più discussa e nei nostri casi la meno appariscente, la prova dell'azione antidiuretica dell'insulina è nei soddisfacenti risultati ottenuti in alcuni casi di diabete insipido. Su questa azione antidiuretica e su questa sua applicazione pratica ha insistito specialmente il Villa, dal 1924: e se i risultati successivi degli altri ricercatori sono stati discordi, ciò va verosimilmente addebitato alla diversità patogenetica di sindromi poliuriche apparentemente identiche. Infatti, fino a quella recentissima di Introzzi (*La Clin. Med. Ital.*, 1931, fasc. 5, p. 502), accanto ai risultati negativi le conferme non sono mancate.

A proposito di questi studi di Introzzi sull'azione dell'insulina nel diabete insipido, è da rilevare che i risultati dell'A., per quanto riguarda le modificazioni delle soglie renali del cloro e dell'acqua durante l'insulinoterapia, sono esattamente simili a quelli delle nostre osservazioni sopra riferite: aumento della cloremia e riduzione della cloruria, aumento dell'idremia e riduzione della diuresi.

Quanto alla soglia del glucosio, contrariamente a quel che ritiene Bufano (*Rif. Med.*, 1931, n. 19, p. 711), il quale pensa che come ormone vagotropo l'insulina debba abbassarla (d'accordo ed a sostegno della teoria patogenetica di Pende secondo la quale il diabete renale sarebbe da considerare come una sindrome plurighiandolare su fondo vagostenico) i nostri risultati — e non solo i nostri — sono molto netti ed univoci, nel senso di una manifesta elevazione. Nei diabetici, si osserva quasi immancabilmente, già dopo qualche settimana di cura insulinica, che la glicosuria è scomparsa mentre la glicemia è immodificata o più spesso aumentata rispetto al valore iniziale; nei non diabetici, si osserva egualmente questa iperglicemia da insulina: ma l'espressione più palese del fenomeno *elevazione della soglia* è nel fatto da noi osservato che dopo il trattamento insulinico la florizina, alla stessa dose e nello stesso soggetto, non si dimostra più capace di produrre glicosuria.

Circa l'interpretazione del meccanismo di questa particolare azione dell'insulina, non abbiamo finora elementi che ci permettano di chiarirlo. La questione fondamentale, a nostro avviso, è di stabilire se si tratti di una azione locale, diretta, renale, com'è dimostrato per l'azione florizinica, o, come forse è più probabile, di azione indiretta, esercitantesi sugli apparati extrarenali che governano o influenzano i fenomeni secretori.

Comunque sia, sembra che piccole dosi di florizina, associate all'ormone pancreatico nel trattamento dei diabetici, siano capaci di compensare, annullandola, l'elevazione delle soglie. Su queste osservazioni, attualmente in corso, sarà riferito ad espletamento.

Catania, luglio 1931-IX.

RIIASSUNTO.

Nei diabetici e nei non diabetici, in seguito a somministrazione di insulina si osserva: 1) aumento della glicemia, nei diabetici con riduzione della glicosuria; 2) aumento della cloremia con riduzione della cloruria; 3) aumento dell'idremia con riduzione della diuresi. Secondo l'A. queste modificazioni sono espressione di un'azione elevatrice dell'insulina sulle soglie renali di secrezione del glucosio, del cloro e dell'acqua.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto e Clinica di Patologia Speciale Chirurgica
DELLA R. UNIVERSITÀ DI TORINO
Direttore: Prof. O. UFFREDUZZI.

Il distacco della spina iliaca anteriore superiore (trauma sportivo)(1)

per il dott. ADALGISO TURCO, assist. e docente.

Il distacco della spina iliaca anteriore superiore (spi. a. s.) è una lesione ben poco conosciuta e non ancora descritta nei trattati classici. Steinthal solo accenna ad un caso, e Lusena di sfuggita nella sua traumatologia clinica. Tuttavia io credo che la sua frequenza sia più notevole di quanto lasci supporre la scarsa letteratura che si ha sull'argomento.

Ciò dipende dalla circostanza che questa frattura può passare misconosciuta, anche perchè la guarigione che si ha è in genere ottima, sia che la frattura sia stata diagnosticata e curata, come anche se non lo è stata. Credo tuttavia che l'interesse clinico dato da questa lesione non sia minore e ciò per le seguenti ragioni:

1) che il distacco della sp. i. a. s. si verifica esclusivamente in un breve periodo della vita (tra i 15 ed i 25 anni);

2) che il distacco della sp. i. a. s. va inscritto in quel capitolo che tutti i giorni più s'ingrandisce delle lesioni da sport.

Come avviene il distacco. — Furono osservati casi in cui il distacco avvenne per causa diretta, ma essi rientrano nella infortunistica ordinaria e si tratta più di fratture che di distacchi; in tutti i casi riferiti dalla letteratura ed anche nei miei, si è sempre avuto a che fare con traumi indiretti.

Noi sappiamo che alla sp. i. a. s. si inseriscono il tensore della fascia lata, il sartorio e qualche fibra del muscolo iliaco.

Ora tutti questi muscoli hanno un azione comune, che è quella di flettere la coscia, di avvicinare cioè la coscia al bacino. Tutti i movimenti che tendono invece ad allontanarla, saranno quelli che provocheranno con più facilità il distacco dalla sp. i. a. s. Si tratta nella più parte dei casi di giovani che praticano intensamente lo sport e precisamente quegli sport, in cui si pratica della corsa veloce a piedi (corse di velocità, foot-ball, ecc). Per una rapida contrazione dei muscoli che si inseriscono alla cresta iliaca, (larghi dell'addome), la sp. i. a. s. può venire strappata; nelle contrazioni del sartorio e del tensore della fascia lata per una troppo energica azione di questi muscoli; per i muscoli invece che si inseriscono alla cresta iliaca, la contrazione di questi, quale può avvenire in un rapido movimento di torsione per schivare un'ostacolo, porta ad un sollevamento dell'ala iliaca per cui la sp. i. a. s. fissata e stirata verso il basso dai muscoli che vi si inseriscono, viene strappata e trascinata in basso. Se si aggiunge anche che durante i movimenti di torsione il grande trocantere viene a procidere di più all'esterno, per cui è aumentata la tensione della fascia lata, il meccanismo di strappamento è spiegato abbastanza chiaramente.

Perchè adunque si distacca la sp. i. a. s. e non si strappa il muscolo? La ragione è facilmente trovata, se noi consideriamo l'epoca di comparsa del nucleo di ossificazione della sp. i. a. s. e quello della sua saldatura alla cresta iliaca. Osservando un gran numero di radiografie, si vede che il nucleo di ossificazione della sp. i. a. s. continuazione di quello della cresta iliaca, compare verso il 15 anno di età, raramente più tardi, e la scomparsa della linea epifisaria cioè la saldatura ossea all'ala iliaca, avviene verso il 22-25 anno di età.

Queste date coincidono con quelle date dalla Spalteholz e dal Köler. Per il nucleo di ossificazione della cresta iliaca, tutt'uno per i più con quello della sp. i. a. s., per altri (Chiarugi) indipendenti l'uno dall'altro, valgono le medesime date. Per la spina iliaca anteriore inferiore, le date sono anticipate di qualche anno. In genere sembra che il nucleo epifisario compaia un po' prima nel sesso femminile, e che conseguentemente scompaia anche prima. L'esistenza di questa epifisi è il principale fattore dell'aversi queste fratture in questa età. Tutti i casi riguardano giovani tra i 15 ed i 20 anni, età cioè, in cui il nucleo di ossificazione non si è ancora saldato al bacino.

Niente di straordinario che in questa età, per le violente contrazioni muscolari, alle quali lo sport costringe i giovani, si debbano esercitare trazioni tanto violente su questo nucleo di ossificazione, che esso possa venire strappato dalla sua inserzione. Più tardi, ciò non avviene più, perchè la saldatura ossea al bacino è già avvenuta. Dopo i 25 anni è più facile che avvenga lo strappo muscolare.

(1) Comunicazione fatta alla Società Piemontese di Chirurgia il 7 febbraio 1931.

Sui campi di sport, raramente si vede uno strappo muscolare prima dei 20 anni, e ciò anche per un complesso di ragioni, di cui non è il caso di parlare. Del resto si sa che nei giovani sono le linee epifisarie un *locus minoris resistentiae*. Il distacco dell'apofisi e dell'epifisi tibiale, il distacco della tuberosità dell'osso navicolare, dell'epifisi del calcagno, nei giuocatori di foot-ball, saltatori, lottatori, sono tutti esempi che dimostrano quanto ho detto sopra.

Sintomi. — L'infortunato avverte durante l'esecuzione del suo esercizio sportivo (corsa, salto, spostamento rapido del corpo ecc.), un improvviso e vivissimo dolore, che lo costringe a cessare la corsa e che frequentemente lo butta a terra. Il giuocatore non può più camminare o se lo può ancora, lo fa grazie all'appoggio della spalla di qualche compagno, che ha assistito all'incidente. Per lo più è portato via a braccia. Il medico che lo visita riscontra tumefazione in corrispondenza della sp. i. a. s., ecchimosi od addirittura ematoma, dolore vivo alla pressione. Sotto alla sp. i. a. s. si può palpare un frammento osseo, al quale corrisponde una mancanza nell'orlo del bacino. Nei tentativi di camminare vi sarebbe secondo Karfiol e Liebner, un'andatura particolare. Nei tentativi di camminare che nei casi recenti, avviene solo mediante l'appoggio di un bastone, la gamba lesa è in posizione di flessione e adduzione, ed il tronco viene portato in avanti ed obliquamente verso la parte lesa. L'abduzione è per lo più permessa. La radiografia parla chiaro. Si vede l'epifisi della sp. i. a. s., che conserva netta, come nei casi miei, l'immagine dell'epifisi della cresta iliaca, di cui non ne è che la continuazione come già dissi, situata sotto al luogo normale di inserzione, e la distanza talvolta può essere assai notevole.

La diagnosi differenziale si impone solo con il distacco del piccolo trocantere, descritto da Mosenthal anche come lesione da sport.

La sede del dolore e dell'ecchimosi, sono dati già assai importanti.

Ludloff però dà ancora un sintomo che sarebbe il seguente.

Nel distacco del piccolo trocantere, l'arto esteso non può essere sollevato oltre l'orizzontale nella posizione del sedere, mentre lo può essere nella posizione del giacere. La spiegazione di ciò secondo Ludloff dipenderebbe dal fatto che i punti di inserzione dei muscoli che determinano questi movimenti, il tensore della fascia lata ed il retto, vengono separati di più nella posizione del giacere, per cui la loro azione può supplire quella mancante dell'ileo psoas. Nel distacco della sp. i. a. s. questo diverso comportamento non ci sarebbe, in quantochè l'arto può venire sollevato oltre l'orizzontale, in tutti e due i casi.

Esiti della lesione. — Questa epifisi della sp. i. a. s. distaccata dalla sua normale sede, si impianta più in basso sul margine dell'ala iliaca, e qui si salda con il bordo osseo anche se non sono avvenute cure di alcun genere. La radiografia infatti del caso n. 1, lato s. in cui l'incidente è avvenuto da due anni dimostra che 3-4 cm. sotto il punto in cui dovrebbe esserci la sp. i. a. s. esiste un voluminoso callo osseo, e nella radiografia n. 2, caso 2 (trauma vecchio di qualche settimana) in un punto perfettamente identico sta formandosi un blocco osseo simile del tutto al primo. Immagini del tutto identiche sono riportate dalla letteratura, come esiti lontani. Ciò indica chiaramente che questo frammento di epifisi della cresta iliaca si è saldato non solo, ma forse ha continuato a svilupparsi, tanto da dare un così voluminoso callo. Così stando le cose si capisce come i disturbi funzionali, dopo qualche tempo, siano quasi nulli, tanto che i giovani possono già dopo 20-25 giorni, tornare al lavoro, e dopo 3-4 mesi, riprendere lo sport preferito. I muscoli si sono accorciati di qualche cm. e tutto è tornato alla norma.

Cura. — La cura serve più per alleviare il dolore, che per determinare una più rapida guarigione. Il riposo in letto, per le prime settimane è sufficiente per far sparire il dolore. Un buon bendaggio con cerotto, che unisce la cresta iliaca alla faccia antero mediale della coscia, meglio se questa è tenuta in semiflessione, serve per diminuire la diastasi e per permettere all'ammalato di lasciare il letto già dopo qualche giorno. Lohr che volle tentare una cura cruenta con riposizione e sutura del frammento alla sua sede normale, dovette ammettere, che la cura incruenta è la migliore.

CASO I. — L. Marco, di anni 19. Nulla di notevole nel gentilizio. Riferisce che nel settembre 1930, mentre in corsa compiva un rapido movimento di torsione verso s., risentì un violento dolore alla parte superiore della regione inguinale destra; cadde a terra, battendo però al suolo il solo ginocchio di d. Potè rialzarsi ed a stento appoggiandosi alle spalle di un compagno, raggiungere la propria abitazione, ed il giorno dopo la clinica, nella quale io lo visitai. Mi racconta il giovanotto, che già due anni prima, aveva avuto un traumatismo analogo ma dall'altro lato; anche allora correndo, avrebbe urtato la gamba d. con la s., per cui sarebbe caduto, battendo però a terra il solo ginocchio s. Risentì anche allora un violento do-

lore all'estremo superiore della reg. ing. s., accompagnato da un senso netto di scroscio. Impossibilità assoluta alla deambulazione, tanto che fu portato a casa a braccia. Non poteva sollevare l'arto inf. s., nè appoggiarlo al suolo; sedendo non aveva dolori. Il sanitario che lo visitò allora, gli praticò un bendaggio gessato, comprendente bacino e radice della coscia, bendaggio che venne rimosso dopo qualche giorno, perchè troppo largo, nè più rinnovato.

All'esame che io praticai dopo il secondo trauma riscontrai a d. cioè dal lato di recente traumatizzato, tumefazione ed ecchimosi in corrispondenza della parte anteriore della cresta iliaca, verso la sp. i. a. s.; versamento sanguigno notevole, e la presenza di una massa ossea del volume di una noce subito al disotto della sp. i. a. s. Sono assai limitati i movimenti passivi ed attivi, in specie la flessione della coscia. A s. si palpa un ingrossamento di tutta la cresta iliaca e della sp. i. a. s. che ha perso la sua configurazione angolare, per trasformarsi in un blocco osseo grosso più di una noce, che dalla cresta iliaca si continua in basso lungo il margine anteriore dell'ala iliaca. La radiografia praticata allora dimostra: A d. (trauma recente): nucleo di ossificazione della cresta iliaca ancora staccato dall'ala corrispondente, ed in avanti sotto al punto dove dovrebbe trovarsi la sp. i. a. s. si trova un frammento di questa. Questo frammento è staccato dall'ala iliaca ed ha l'aspetto del nucleo di ossificazione della cresta.

A sin. si nota la presenza di una massa piriforme, del volume di una piccola noce, situata al di sotto del punto dove dovrebbe trovarsi la sp. i. a. s. che è invece mancante dalla sua sede.

Fatta la diagnosi di distacco della sp. i. a. s. e considerata l'inutilità di qualsiasi bendaggio gessato od amidato, applicai solo delle striscie di cerotto che dalla cresta iliaca andavano alla radice della coscia. Consigliai all'ammalato il riposo in letto, riposo che egli tenne solo per 10 giorni; poi potendo camminare senza dolore riprese le sue normali occupazioni di meccanico, e dopo due mesi dal trauma, potè riprendere il giuoco completamente guarito.

FIG. 1. — Caso I.

A d.: è ben visibile il frammento della sp. i. a. s. staccato e portato in basso.

A s.: è ben visibile il blocco osseo dato dalla ossificazione del frammento della sp. i. a. s. staccato e fissato in basso.

Rivisto in questi giorni, la funzionalità degli arti è perfetta sotto tutti gli aspetti; le due creste iliache, si palpano ingrossate, rugose, con la presenza di un solco là dove dovrebbe esserci la sp. i. a. s. D'ambo le parti, si palpa un blocco osseo, maggiore a sin. che non a destra.

CASO II. — F. Osvaldo, d'anni 16. Nulla nell'anamnesi prossima e remota. Riferisce che il 15 gennaio 1931 mentre estendeva l'arto inferiore d. per calciare un pallone, il piede sin. gli sarebbe scivolato a causa del terreno ghiacciato. Non cadde, ma avvertì un vivo dolore all'estremo superiore della r. inguinale sin. accompagnato da un netto senso di scroscio. Potè a stento camminare ancora, pur non potendo sollevare l'arto più di qualche cm. dal suolo. Visitato il giorno dopo gli si riscontrò tumefazione ed ecchimosi in corrispondenza della cresta iliaca sin., dolore vivo, circoscritto alla sp. i. a. s. Impossibilitati o quasi, i movimenti della coscia specie la flessione. L'esa-

me radiografico dimostra anche qui, nucleo di ossificazione della cresta iliaca, non ancora saldato all'ala, e l'estremo anteriore di questo nucleo corrispondente alla sp. i. a. s., staccato e portato in avanti ed in basso. Consigliato il semplice riposo in letto, oggi, dopo 23 giorni dal trauma, presenta una funzionalità dell'arto ottima; scomparsa della sp. i. a. s., e subito al disotto del punto dove questa dovrebbe essere, si rileva la presenza di un blocco osseo del volume di una piccola noce, indolente, fisso al bacino.

Quali considerazioni si possono trarre dallo studio di questi due casi specie dal primo? Qualcuno volle vedere una analogia tra il distacco della sp. i. a. s. ed il morbo di Osgood Schlatter. Ora mentre la più parte degli autori ammette per il morbo di Osgood Schlatter, l'origine infiammatoria, nel distacco della sp. i. a. s. questo non è dimostrabile, perchè troppo netto il rapporto tra causa (trauma indiretto anche violento) ed effetto (distacco). È vero però che altri vogliono vedere nel morbo di Osgood Schlatter un disturbo del nucleo da ossificazione. Ora il caso primo, in cui il distacco fu bilaterale, non starebbe a dimostrare che forse qualche fattore predisponente vi è? Il caso di Rovida poi, in cui dal lato certamente non traumatizzato, si potè mettere in evidenza un disturbo nell'accrescimento del nucleo di ossificazione della sp. i. a. s. del tutto simile a quello del lato traumatizzato, dimostra che qualche cosa di fondato in questo vi è. Del resto, se è vero che nella più parte dei casi vi fu una contrazione muscolare assai energica, la letteratura, riporta dei casi, in cui il trauma fu minimo, come quello di Steinthal in una giovane durante il ballo, di Kunäst in un bambino di 3 anni, di Karfiol

FIG. 2. — Rad. 1ª del caso II.
Anche qui è ben visibile il frammento della sp. i. a. s. staccato e portato in basso, in misura minore che non nell'altro caso.

in un giovane di 16 anni che camminava all'indietro. Se quindi il distacco della sp. i. a. s. non si può paragonare al morbo di Osgood Schlatter, tuttavia è lecito pensare che vi possa essere una predisposizione individuale.

Che si tratti di un vero trauma sportivo risulta oltre che dai miei due casi dall'esame di quasi tutti quelli della letteratura (una quarantina) in cui il distacco sarebbe avvenuto durante un esercizio sportivo, e dal non verificarsi quasi mai questo distacco nella vita ordinaria. Per chi volesse i dati di ogni caso consulti il lavoro di Pezioller, riguardante un suo caso.

Io avevo già comunicato i miei alla società Piemontese di chirurgia, e scritta questa pubblicazione quando comparve detto lavoro.

FIG. 3. — Rad. 2ª del caso II (tre settimane dopo il trauma). Sono già ben visibili le tracce del callo che unirà il frammento della sp. i. a. s. al bordo dell'ala iliaca, e che daranno luogo all'immagi ne a goccia simili a quella del lato s. del caso I.
In tutte le radiografie si vede nettamente il nucleo di ossificazione della cresta iliaca a forma semicircolare e contornante l'ala iliaca.

RIASSUNTO.

L'A. descrive due casi di distacco della spina iliaca anteriore superiore (trauma sportivo) avvenuti tutti e due in giovani, mentre esercitavano uno sport e precisamente il foot-ball.

LETTERATURA.

AUER. Journ. Am. Med. Ass., 1913.
BALENSWEIG. Am. Journ. of Surg., 1924.
BEBEE. New York Med. Journ., 1906.
BOSS. Zbl. f. Chir., 1922, n. 36.
BRABDENBERG. D. Z. f. Chir., 1921.
CARP. Ann. of Surg., 1924.
EBERT. Münch. Med. Woch., n. 1, 1931.
ETTORRE. Arch. di Ort., anno 44, 1928.
HELLER. Journ. Amer. Med. Ass., 1925.
HETHERINGTON. Cleveland Med., 1909.
LOHR. Dtsch. Med. Woch., 1930.
KAHNT. Zbl. Chir., 1930.
KARFIOL. Ibid., 1930.

KUNAST. Arch. Orthop. Chir., 1925.
MARCHESI. Radiol. Med., 1915.
MAC HENRY. Cleveland Rev. Journt., 1909.
MOSENTHAL. Med. Klin., 1929.
ORD e EDIN. Lancet, 1924.
PEZIOLLER. Ospedale Maggiore, febbraio 1931.
REGHOLT. Nederl. M. Geneesk., 1925; rif. in Zentralblatt f. Chir., 133.
ROVIDA. Ospedale Maggiore, 1926.
RUPPERT. Wien. Klin. Woch., 1914.
SAAR. Neue Dtsch. Chir., vol. 13, p. 239.
SCHIPTON. Lancet, 1892.
STEINTHAL. *Trattato di chirurgia pratica*, 1922.
SCHNIDTMANN. M. M. W., 1925.
SIEBNER. Der Chirurg., a. 3, n. 2, 1931.
STRUTJNSKI. Polski przefland chir., 1925.
TURNER. Lancet, 1909.

SUNTI E RASSEGNE.

TECNICA CHIRURGICA.

Il trattamento pre-operatorio.

(PAUCHET. *Journal de Médecine de Paris*, 8 gennaio 1931).

L'A. dà alcuni precetti d'indole generale e mette in evidenza l'importanza che hanno talvolta alcuni fattori minimi preoperatori sulla buona riuscita dell'intervento.

La terapeutica preoperatoria è sempre locale e generale: talvolta anche antinfettiva. Ed ecco le varie indicazioni.

Chirurgia degli obesi. Gli obesi sono soggetti fragili onde è necessario sottoporli ad energica cura dimagrante 10-15 giorni prima dell'intervento. Il riposo a letto porta dimagramento per la disinfiltrazione dei tessuti: a letto reni e cuore funzionano meglio. Indicato anche il massaggio, non la ginnastica che affaticherebbe il miocardio. Buoni risultati dà la somministrazione di bicitrato di soda disciolto in acqua calda alla dose di un cucchiaio da caffè due volte al giorno. Sopprimere gli alimenti che fanno ingrassare ed insistere sul regime esclusivo di frutta e di legumi verdi crudi. Il malato deve tendere al peso fisiologico senza assolutamente essere depresso.

Le cure endocrine possono essere associate al suddetto trattamento ma non per un periodo troppo lungo, superiore alle due settimane nel qual caso potrebbero dare forti astenie e stati di depressione accentuati.

Nel cancro del collo uterino l'A. raccomanda la detersione dell'ulcera per mezzo del raschiamento o del radium, metodo che desodorizza mirabilmente le superfici vegetanti.

Il pericolo di mobilizzazione delle cellule neoplastiche non sembra esista realmente.

Nel cancro del retto in caso di cancro infettato, colostomia iliaca preventiva e lavaggio per alcuni giorni con acqua iodata. In casi rari, aghi di radium, per via transacrale, in seno al tumore stesso.

Prostatectomia. Cistostomia o sonda a permanenza: nei distesi o ritenzionisti parziali infettati o non. La sonda a permanenza è preferibile. In ogni caso la sezione dei canali deferenti, fatta 8 giorni prima dell'operazione aumenta la resistenza generale del soggetto.

Cancro del colon: se vi è pericolite o colite complicante allo stato acuto, la cecostomia praticata tre o sei settimane prima dell'intervento aumenta le probabilità di guarigione. Bisogna che sia ampia, sì da far deviare la totalità delle materie fecali.

Operazioni gastriche. Il procedimento per l'anestesia locale dev'essere semplice e alla portata di tutti cioè senza il blocco degli splancnici. La percaina risponde bene. Si infiltrano parete e meso. Procedere con estrema lentezza senza mai tirare sui meso.

Non esitare a reiniettare la soluz. anestetica se necessario.

I denti devono essere trattati accuratamente combattendo la carie e la gengivite, il dentista deve passare prima del chirurgo. Disinfettare naso e gola col batteriofago. Disinfettare lo stomaco con lavaggi iodati e facendo bere del brodo vaccino.

Usare del brodo vaccino durante l'intervento come antisettico locale. Ginnastica respiratoria alcuni giorni prima e dopo l'intervento.

G. LA CAVA.

L'anestesia nei polmonari.

(DESJACQUES e BÉRARD. *Archiv. méd. chir. de l'appar. respirat.*, tome V, n. 6).

Nei particolari casi di chirurgia polmonare l'accordo sul modo di anestesia più facile, più efficace, meno dannoso, è ancora lontano. Come norma vale che oggi anche qui si tende a localizzare l'anestesia nella regione operatoria ed a ridurre le indicazioni dell'anestesia da inalazione. In molti casi di polmonari l'anestesia da inalazione è particolarmente temibile: anche la anestesia regionale può in determinate condizioni apparire dannosa per complicazioni locali od anche generali.

Debbono essere in primo luogo esaminate nel polmonare le condizioni generali e locali. È inutile ricordare che prima di ogni cosa occorre stabilire il bilancio esatto delle alterazioni dello stato generale del malato. I disturbi delle principali funzioni: fegato, rene, tensione arteriosa, condizionano la fragilità di questi soggetti. Talora il chirurgo deve suo malgrado preferire un certo sistema di anestesia più che un altro che meglio desidererebbe, a causa di un nervosismo, di una eccitabilità estrema del malato.

Ancora più importanti sono i fattori d'ordine polmonare. Come regola generale varrà l'evita-

re, salvo in caso di pericolo vitale (empiema) ogni intervento nel periodo acuto o sovracuto, siamo in presenza di polmoniti, broncopolmoniti, pleuriti, bacillosi. In tali casi è a temere l'estensione del processo infettivo come si osserva nei malati operati « influenzati o raffreddati ».

Le affezioni croniche dell'apparato polmonare pongono indicazioni molto differenti ed anche qui bisogna tener conto di diversi fattori: la dispnea è di cattivo augurio e essa da sola controindica l'anestesia da inalazione. Minutamente bisogna vagliare il problema della tosse, specialmente dell'espettorato, la possibilità di una vomica durante l'operazione. Se l'espettorazione è abbondante bisogna temere che il malato addormentato non possa espellere la secrezione una volta che sia abolito il riflesso della tosse, donde il pericolo della brusca asfissia o dell'inoculazione del polmone opposto. Logicamente perciò l'anestesia generale è controindicata in ogni malato che espettori abbondantemente.

Altri timori si possono avere dopo l'operazione: troppo conosciuta è la polmonite postoperatoria. La scelta dell'anestetico resta qui, come dice Ascoli, spesso inoperosa. La anestesia locale sembra ridurre al minimo gli accidenti determinanti poussées di bronchite banale o di tubercolosi, scoppio di nuovi focolai od estensione di vecchi focolai, reazioni pleuriche sierose o purulente.

Nè bisogna dimenticare che in chirurgia polmonare bisogna procedere con interventi iterativi: è stato obiettato all'anestesia regionale praticata per apicolisi, per toracoplastica, la persistenza di un certo grado di sensibilità che porta ad essere queste operaziou lunghe e dolorose per il p. distogliendolo da una seconda operazione. Qui si tratta evidentemente di semplice questione di tecnica.

È indispensabile una oculata scelta dell'anestetico. Alexander nota che la scelta è molto subordinata alle abitudini nazionali: in Europa si usa l'etere o l'etere-cloroformio; in America il protossido di azoto. Quasi ovunque l'anestesia locale o l'anestesia mista è impiegata nella toracoplastica. Nell'anestesia generale si usa per lo più l'inalazione dell'etere, del cloruro d'etile, più raramente del cloroformio, del protossido d'azoto o di miscugli di queste sostanze. Il meno dannoso sembra essere il cloroformio: però sono da temere le sincopi. Il protossido d'azoto richiede apparecchi costosi, ed è di tecnica delicata. Secondo Alexander il migliore anestetico per la chirurgia polmonare sarebbe l'etilene associato alla anestesia locale. Gli AA. preferiscono per l'anestesia generale l'etere ed il cloruro di etile. Sauerbruch, Bull, considerano l'etere come l'anestetico di scelta nella chirurgia della tbc. polmonare.

Sperimentalmente Brown e Pétroff hanno visto che l'etere non ha alcuna azione nella cavia tubercolosa sia per la durata della vita che per l'estensione della malattia. Al contrario Blumberg ha visto nel 5 % dei malati operati evolvere la tbc. In soggetti non alcoolici e non intossicati dobbiamo preferire il cloruro di etile: poco irritante, presto si assorbe, presto si elimina. È uno dei migliori anestetici, forse il migliore, somministrato su compresse, per i polmonari.

Qualche vantaggio sembra abbiano anche alcuni miscugli come lo Schleich ed il Balsoformio.

Interessanti si sono mostrati l'etere per clistere, il somnifen intravenoso. Ad ogni modo occorre evitare quanto più è possibile l'anestesia generale: in tesi generale Sauerbruch considera che un tubercoloso con 20-30 cc. di espettorato al giorno deve avere una anestesia locale: Sauerbruch in quattro anni ha eseguito 208 toracoplastiche e di queste 33 con anestesia generale, 175 locale, 4 mista.

Bérard utilizza per l'anestesia locale l'anacaina e la novocaina. L'anestesia locale e regionale hanno il vantaggio di rispettare il riflesso della tosse.

Per una toracectomia sono necessari dai 60 ai 150 cc. della soluzione 1/200.

Ricordarsi delle idiosincrasie individuali, delle intossicazioni che possono sopraggiungere nelle dosi forti. Un danno sicuro dell'anestesia locale è rappresentato dal rischio dell'inoculazione settica delle pareti toraciche.

MONTELEONE.

Errori tecnici nelle operazioni gastriche e modo di evitarli.

(H. BIESENBERG e W. FRH. v. WIESER (*Mitt. a. d. Grenz. d. Med. u. Ch.*, vol. 42, fasc. I, 1930).

Gli AA. hanno esaminato radiologicamente 108 operati sullo stomaco, allo scopo di stabilire la funzione delle unioni create tra stomaco e intestino, di rinvenire eventuali errori tecnici e di stabilire un rapporto tra questi ed eventuali disturbi postoperatori. Da tale studio, su malati in cui erano state eseguite operazioni di vario genere (resezioni a manica, esclusioni unilaterali secondo Eiselsberg, gastro-enterostomia retrocolica posteriore, resezioni secondo Billroth I tipica, resezioni secondo Billroth II tipica, resezioni secondo Billroth II modificata (Polya), resezioni palliative) gli AA. hanno stabilito che esistono stretti rapporti tra funzione della stomia e condizioni dei pazienti. La buona funzione della anastomosi in tutti i metodi operatori, cui corrisponde il duraturo completo benessere dei pazienti richiede: *a*) sede della anastomosi nel punto più profondo di un moncone gastrico imbutiforme, verticale nelle resezioni, e nel punto più profondo del fondo gastrico nelle gastroenterostomie; *b*) mancanza di ogni impedimento al passaggio, così che il contenuto gastrico possa fluire con-

tinuamente e senza residui nell'ansa efferente non ristretta.

All'inverso come cause di disturbi postoperatori furono riconosciuti radiologicamente alcuni errori tecnici consistenti *a*) nella posizione laterale della stomia non nel punto più profondo del moncone gastrico (resezioni) o dello stomaco (g. e.); *b*) nella formazione, in tali condizioni di una sacca a spese della grande curvatura che comprime l'ansa efferente, tanto più, quanto maggiore è il riempimento gastrico; *c*) nel piegamento o stenosi dell'ansa efferente sull'anello mesocolico quando il colon rigonfio di gas trascina in alto il mesocolon e con questo l'ansa, o quando l'anello è stato posto troppo vicino all'inserzione del meso sul colon.

Gli AA. hanno anche osservato di frequente un riempimento retrogrado dell'ansa efferente; ma poichè tale aspetto non corrisponde costantemente a presenza di disturbi nei malati, non infirma la bontà della stomia e quindi non deve essere considerato come errore tecnico.

Gli errori possono di regola essere evitati: *a*) facendo sezioni ampie della grande curvatura, con tagli perpendicolari alle due curvature o obliqui dall'alto in basso e da destra a sinistra, mai da sinistra a destra; *b*) eseguendo la stomia nel punto più profondo del moncone gastrico o del fondo gastrico; *c*) fissando non la debole parete intestinale, ma la robusta parete gastrica all'anello mesocolico che deve essere praticato il più vicino possibile alla radice del mesentere. P. Stefanini.

RICAMBIO.

Modificazione dell'amino-acidemia in diversi stati patologici.

(M. Castex e P. Re. *La Prensa Med. Argentina*, 10 aprile 1931).

Gli AA. hanno osservato la amino-acidemia in 238 pazienti.

Una parte di essi sono analizzati in questo lavoro dopo aver praticato generalmente un doppio dosaggio. 1) Sopra il sangue disalbuminato con l'acido tricloro-acetico al 20 %. 2) Sopra il sangue disalbuminato colla miscela tungsto-solforica. Nei rispettivi filtrati si eseguisce la reazione degli amino-acidi col sale sodico dell'acido naftochinon-solforico secondo il metodo di Folin.

Le diverse malattie studiate: cirrosi, itteri, diabete, leucemia, ipertiroidismo, ipertensione arteriosa, ecc., sono aggruppate in tredici tabelle; in queste si trova che le cifre di amino-acidemia sono diverse in uno stesso paziente secondo si osservi nell'uno o l'altro filtro di sangue disalbuminato.

La amino-acidemia avuta nella disalbuminazione normale tungsto-solforica di Folin oscilla generalmente tra 55 e 65 milligrammi di nitrogeno aminato per mille centimetri cubici di sangue. Per più di 70 e meno di 50 milligrammi per mille si considera la cifra come corrispondente a iper o ipo amino-acidemia. Innanzi a questa ultima si deve sospettare, o un regime insufficiente di elementi azotati, oppure un aumento nella capacità disaminativa o fissatrice di acidi aminati per parte dell'organismo.

Quando si effettua parallelamente *la dosimetria degli acidi aminati sopra i filtrati di sanque disalbuminato con l'acido tricloroacetico e con la miscela tungsto-solforica* si osservano cifre differenti, generalmente più alte nel filtrato della disalbuminazione tricloroacetica (+4 a 8 milligr. per mille); in qualche neoplasia arrivarono alla differenza di 33,4, e in leucemia a 55,2 mgr. ‰; passano in quella circostanza, nel filtrato tricloro acetico, amino-acidi o sostanze che danno la reazione di questi corpi, originate nel processo patologico della proteolisi tumorale (amino-acidi e altri corpi di disintegrazione). Succede invece che la amino-acidemia tungstica può contrastare in questa stessa circostanza per le sue cifre basse, inferiori persino alla normale. Queste modificazioni indipendenti a carico di alcuni gruppi aminati le troviamo anche nel digiuno, periodo digestivo, e dopo l'iniezione di insulina.

Nella intossicazione cloroformica sperimentale è dimostrata questa relativa indipendenza di queste frazioni nitrogenate; la amino-acidemia iniziale 77,7 mgr. e 70,0 mgr. ‰, tricloro acetico e tungstica rispettivamente arrivarono dopo 48 ore dell'iniezione del cloroformio a 90,3 e 51,8 mgr. ‰ rispettivamente.

In presenza di un quadro clinico in cui si sospetti la esistenza di una *neoplasia* l'aumento della amino-acidemia tricloroacetica, oppure un'amino-acidemia differenziale maggiore a 20 milligrammi per mille è un segno di appoggio dell'esistenza di un focolaio di proteolisi probabilmente neoplastico.

La febbre si accompagna con amino-acidemia normale ed anche con ipo-amino-acidemia, eccezione fatta dell'accesso malarico dove l'aumento del nitrogeno aminato circolante è grande. In qualche leucemia in periodo febbrile può mancare questa amino-acidemia normale e bassa.

Nelle leucemie che si svolgono in forma acuta o in persona giovane e forte, la iperamino-acidemia è maggiore degli altri casi di leucemia, sebbene il numero dei globuli bianchi sia poco aumentato. La quantità di amino acidi starebbe in rapporto col potere proteolitico dei leucociti e non con il loro numero.

Il metabolismo basale aumentato si può unire con amino-acidemia normale; altre volte l'aumento è parallelo, metabolismo basale e amino-acidemia. La modificazione quan-

titativa degli acidi aminati circolanti non è condizione indispensabile per avere un metabolismo basale aumentato. In queste osservazioni si trova pure che non esiste relazione costante tra la modificazione della amino-acidemia e della urea del sangue.

Non esiste parallelismo tra le modificazioni della *amino-acidemia e della glicemia* nei normali e nei diabetici. La *urobilinuria patologica* nemmeno si accompagna con aumento costante di amino-acidemia. La *insufficienza epatica* è una causa favoritrice di iperamino-acidemia, però può esistere senza questa, ed anche accompagnarsi con ipoaminoacidemia. (Regime ipoazotato. Fissazione aminata e probabile disaminazione extra-epatica).

In diverse perturbazioni, ipertensioni arteriose, cefalea, infermità mentali ecc., stati morbosi che possono obbedire a diverse patogenesi lo studio dell'amino-acidemia può rilevare il disturbo nitrogenato, così come la glicemia rivela lo stato del metabolismo idrocarbonato.

In quanto alle *applicazioni terapeutiche* derivate da questo studio, si crede che la iperaminoacidemia al segnare una perturbazione del metabolismo azotato richiede un regime ipoazotato oppure un regime in cui questa sostanza entri nel minimo necessario per mantenere l'equilibrio nitrogenato.

La iperaminoacidemia può modificarsi col *trattamento di insulina*: questa è una delle sostanze che meglio agisce sopra gli acidi aminati per provocar la sua discesa.

La glicocolla a piccole dosi può provarsi col fine di produrre una diminuzione dell'amino-acidemia.

Le osservazioni sopra la importanza della tiroide in relazione agli amino-acidi fa supporre che la *tiroidina* o altro estratto tiroideo può essere efficace per provocare la discesa dell'amino-acidemia. P. ALESSANDRINI.

A proposito dell'azotemia per mancanza di sale.

(C. VAN CAULAERT, E. S. PÉTREQUIN e MANGUIO, *Gazette des Hôp.*, 22 aprile 1931).

Gli AA., riprendendo la quistione dell'azotemia per mancanza di sale, sindrome da loro isolata con Léon Blum e P. Grahar nel 1928, passano in esame le critiche che sono state avanzate contro la loro concezione, critiche di cui alcune si riferiscono alla esistenza stessa di tale azotemia, altre al meccanismo di essa.

Secondo Achard, l'azotemia per mancanza di sale non è in realtà che un'azotemia con mancanza di sale. Achard crede che l'azotemia nel corso della declorurazione sia un fenomeno connesso e che non vi sia una relazione di causa ad effetto fra i due fenomeni.

Gli AA. hanno pertanto ripreso le loro esperienze, cercando di ottenere la declorurazione sull'animale con mezzi sperimentali tali da evitare perturbamenti generali profondi dell'organismo. Essi hanno così visto che nel cane i vomiti ripetuti, provocati con l'apomorfina, associati ad un regime senza sale, provocano un abbassamento del cloro, un aumento dell'urea e della riserva alcalina; l'apporto di sale è seguito da un abbassamento dell'urea e della riserva alcalina mentre il cloro torna ad aumentare; quando, nel corso dei vomiti ripetuti, si riparano le perdite di cloro dell'organismo, somministrando del sale, il tasso del cloro del sangue e della riserva alcalina resta normale e l'urea non aumenta. La dipendenza dell'aumento dell'azotemia dalla diminuizione del cloruro di sodio è in questa esperienza nettamente stabilita.

Circa il meccanismo dell'azotemia per mancanza di sale, gli AA. tengono a precisare il loro concetto sull'origine umorale, da loro ammessa, di tale azotemia, concetto che è stato criticato da Chabanier. A questo riguardo, gli AA. ricordano d'avere sempre ammesso l'esistenza di un disturbo funzionale renale che impedisce la secrezione dell'urea; questa alterazione della funzione renale è però secondaria mentre le modificazioni umorali sono primitive.

L'esistenza di un disturbo della funzione renale non può essere messa in dubbio, ma in che modo la mancanza di sale agisce per turbare le funzioni renali? A prima vista sembra che la cosa sia semplice: la cellula renale avrebbe bisogno, per compiere normalmente il suo lavoro, di un tasso *optinum* di NaCl. Questa ipotesi un po' semplicista è ancora ammessa da molti autori. Ma allora, come spiegare che il deficit di sale possa essere compensato dalla somministrazione al malato di bicarbonato di sodio? In realtà, un esame più accurato dei fatti ha provato agli AA. che il meccanismo del fenomeno è più complesso. Gli AA. hanno potuto provare che per abbassare l'azotemia provocata dalla mancanza di sale, non è necessaria la somministrazione di cloro, poichè anche il sodio, per quanto più lentamente, produce lo stesso risultato; quando però si somministrino simultaneamente sodio e cloro, sotto forma di NaCl, l'abbassamento dell'azotemia è molto più rapido. Il sodio non interviene dunque per le proprietà specifiche dei suoi ioni cloro e sodio; non vi è nulla di comparabile all'azione specifica del calcio o del potassio sulla contrazione cardiaca. Come spiegare allora l'azione della ipocloremia? Gli AA. hanno pensato che la mancanza di sale provochi nel sangue un abbassamento della concentrazione molecolare e che questo abbassamento della concentrazione molecolare del siero sia responsabile del cattivo funzionamento renale e dell'azotemia consecutiva. Con ciò l'origine umorale, non renale, dell'azotemia viene nettamente confermata. È noto che gli umori dell'organismo hanno una

concentrazione molecolare costante che assicura la costanza della pressione osmotica, e che tale pressione viene regolata quasi interamente dal cloruro di sodio (per il 65 % circa) e dal bicarbonato di sodio (per il 25 % circa). Ogni diminuzione considerevole del sale nel sangue provoca una diminuzione della concentrazione molecolare del siero che, agendo sul rene, crea il disturbo funzionale che dà luogo all'azotemia.

Se questa ipotesi è giusta, l'azotemia deve scomparire quando si forniscono all'organismo delle sostanze capaci di fare aumentare la concentrazione molecolare, e più queste sostanze hanno un'azione marcata sulla concentrazione molecolare, più il loro effetto deve essere rapido.

Grazie a questa teoria, i fatti osservati dagli AA. sono di facile interpretazione. L'azione estremamente rapida del sale sull'azotemia si spiega con il fatto che il suo apporto aumenta fortemente la concentrazione molecolare; questo composto, essendo fortemente dissociato, agirà per i suoi elementi Cl e Na. Si comprende ugualmente che il bicarbonato di sodio possa agire e che la sua azione sia più lenta, poichè la sua influenza sulla concentrazione molecolare è minore. D'altra parte, il suo apporto in quantità considerevole tende ad allontanare l'organismo dalle sue condizioni fisiologiche. L'apporto di sale, al contrario, rimette l'organismo nelle sue condizioni fisiologiche. Così il cloruro di sodio, ha un'azione favorevole doppia; restituisce all'organismo degli elementi che a questo difettavano ed è, per la sua costituzione, il sale più atto ad aumentare rapidamente la concentrazione molecolare del sangue.

Chabanier ritiene invece che causa del disturbo funzionale del rene sia una modificazione dell'equilibrio acido-base della cellula renale. Come spiegare allora il fatto che l'azotemia può essere abbassata aumentando tanto il tenore dell'organismo in ioni Na, acidi, che il tenore in ioni Cl, alcalini? La teoria di Chabanier è comunque una semplice ipotesi, non convalidata da fatti precisi, mentre la teoria sostenuta dagli AA. si appoggia sulla constatazione di numerosi fatti ed è d'accordo con i risultati ottenuti in molteplici esperienze.

C. TOSCANO.

VASI SANGUIGNI.

Sulla cosidetta trombosi venosa traumatica delle estremità superiori.

(KINZEL. *Brun's Beit. z. Klin. Chir.*, 150, 2, 1930).

La trombosi della v. ascellare e succlavia è una evenienza rara ma che ha un quadro caratteristico che negli ultimi tempi è stato studiato anche sperimentalmente per trovare una profilassi.

Mentre nelle trombosi post-operative od essenziali vi ha in generale importanza l'età avanzata, un momento costituzionale, malattie pregresse, lo stimolo operatorio, le alterazioni post-operative del sangue, queste condizioni vengono escluse per la trombosi delle estremità superiori. Esse si trovano per lo più in giovani forti con cuore sano, con localizzazione per lo più al braccio senza che un trauma diretto abbia influito sulla localizzazione.

Nell'anamnesi non si trovano malattie che possano produrre trombosi, come anemia, clorosi, leucemia, malattie infettive. L'inizio è per lo più sempre identico: dopo un forte sforzo i pazienti si lamentano di dolori laceranti e di pesantezza paretica del braccio. Rapidamente con gonfiore e durezza si forma una colorazione bluastra del braccio. Le vene appaiono fortemente ripiene e dal solco bicipitale fino all'ascella si può seguire la vena come una corda.

A seconda la sede della chiusura della vena ascellare o della succlavia è più o meno estesa la cianosi e l'edema del braccio. Nella trombosi della succlavia si nota ancora un edema sopra e infraclavicolare e sopra scapolare.

Col riposo del braccio dopo 2-3 settimane la circolazione lentamente migliora rimanendo poi qualche ectasia venosa ed una cianosi lieve.

Raramente sono state notate embolie consecutive; solo in un caso di Schepelmann si verificò un'embolia in seguito ad un processo infiammatorio.

Ordinariamente la prognosi è favorevole potendo al massimo residuare delle alterazioni muscolari in seguito alla ischemia per la stasi venosa.

L'A. riporta brevemente le storie di 4 malati osservati nella Clinica Chirurgica dell'Università di Breslavia in uomini con età media di cui 2 senza alcun precedente patologico nell'anamnesi, uno con una pregressa grippe grave ed un altro con epilessia che s'iniziava al braccio. In essi furono riscontrati i segni di una trombosi della vena ascellare e in tutti si verificò la guarigione in circa 4 settimane.

Per l'etiologia dalla maggior parte degli autori viene ammessa una lesione traumatica della parete venosa sia essa localizzata nell'intima, o in una collaterale per cui si spiega il nome di trombosi traumatica. Secondo Löwenstein che ha fatto delle ricerche anatomiche la compressione sarebbe dovuta al legamento costo coracoideo che si attacca al margine della fascia tra prima costola e muscolo succlavio in continuazione del piccolo pettorale.

Durante il movimento di abduzione e rotazione del braccio in elevazione può il legamento

costocoracoideo produrre una compressione della parete venosa e quindi un'alterazione dell'endotelio.

Lesioni simili hanno potuto determinare Gould e Pearce sui cadaveri con le vene ripiene di gesso provocando una forte abduzione del braccio. Però sembra inverosimile che una leggera compressione della vena apporti delle alterazioni nell'intima come del resto si osserva nelle fratture della clavicola e nel vuotamento del cavo ascellare per cancro che pur producendo degli insulti sulla vena non danno luogo alla trombosi.

L'A. crede che in seguito ad esagerati movimenti del braccio si possa produrre nella fossa sopraclavicolare uno stimolo cronico che apporti un'alterazione dell'endotelio d'onde la trombosi, come è stato visto da Ritter mediante alterazioni colloidochimiche degli endoteli dei grossi vasi.

La trombosi si determinerebbe per una alterazione del rapporto normale fisico chimico traendotelio e sangue.

Löhr è contrario all'ipotesi di una etiologia traumatica ed ammette la partecipazione di una stasi dovuta alla scarsità di comunicazioni venose tra braccio e vena cava superiore. Nel quadro ematologico di questi malati è stato trovato un aumento del numero delle emazie che può aver valore causale nella trombosi.

Tutte queste ipotesi non spiegano sufficientemente l'etiologia di questo quadro patologico interessante su cui potranno avere importanza i tre fattori generali della trombosi: le alterazioni del sangue, le lesioni della parete vasale, l'ostacolo alla corrente sanguigna.

R. BRANCATI.

Embolie arteriose delle natiche da bismuto.

(M. BABALIAN. *Paris Méd.*, n. 10, marzo 1931).

Talora in seguito ad una iniezione intramuscolare si può osservare nella zona della puntura un dolore vivissimo, seguito più o meno rapidamente da tumefazione, esantema, flittene e talora da escara. Questi fenomeni sono attribuiti ad un'embolia arteriosa medicamentosa; ma nel passato furono variamente interpretate nei riguardi della loro patogenesi.

In questi ultimi tempi i casi simili si sono moltiplicati, sopratutto per l'impiego del bismuto oleo-solubile, mentre tempo fa tali incidenti erano attribuiti ai sali insolubili del bismuto od anche ai sali mercuriali.

In generale si tratta di malati che hanno ricevuto già un numero considerevole d'iniezioni intramuscolari, le quali hanno creato dei focolai di miosite e di sclerosi peri-arteriosa con intensa vascolarizzazione dei tessuti. Come segno obbiettivo al momento della puntura si avverte sotto l'ago una speciale resistenza, ed aspirando refluisce un po' di sangue.

Talora il malato sente un dolorino al momento della puntura; ma il sintomo capitale è costituito dal dolore che segue all'iniezione, o che può essere anche tardivo.

Il dolore, che ha il carattere d'essere tanto intenso ed improvviso, da dar luogo qualche volta ad una sincope, si diffonde negli arti inferiori, a tipo di pesantezza, crampo, bruciatura; è continuo, provoca l'insonnia, malgrado la morfina. Talora è lancinante, e si può paragonare ai dolori folgoranti dei tabetici; è aumentato dalla palpazione e dalla deambulazione.

Dapprima al luogo dell'iniezione si nota pallore della cute, a cui segue tumefazione, rossore, calore; sullo stesso punto può apparire una eruzione che può assumere quattro differenti aspetti: 1) esantema embolico locale di Freudenthal, consistente in un esantema reticolato, arborescente, con strie di colorito rosso violaceo, fra cui si notano punti emorragici, ed un limite di reazione orticariforme periferico;

2) zona ecchimotica e flittenulare (tipo Jeanselme). Consiste in una zona centrale dapprima bianco-avorio e poi bleu-livido, e d'una zona periferica con l'aspetto d'un rosaio festonato, e con una fitta rete d'arborizzazioni bluastre ecchimotiche.

3) Dermite livedoide e gangrenosa di Nicolau. È l'aspetto della cute, che assume il colorito violaceo dapprima, rosso-rubino in seguito; si forma poi un'escara nera, secca, dura, che dopo 2-5 settimane cade, lasciando scoperta una vasta perdita di sostanza.

4) Gangrena profonda (tipo Barthélemy). Si tratta di una escara che si approfonda nei tessuti, da distinguere dall'ascesso, allorchè compare la gangrena.

Le ricerche di Freudenthal e Nicolau hanno messo in evidenza che si tratta di piccoli emboli di bismuto che occludono le piccole arterie del derma e dell'ipoderma, nel plesso sotto-papillare. I globuli rossi che sono nell'arteria embolizzata si possono emolizzare, riempendo così il lume capillare d'un vero infarto emoglobinico.

Gli emboli medicamentosi sollevano una importante questione: se l'embolo va in una vena, è trasportato lontano e può dar luogo agli accidenti più o meno gravi di embolia cardiopolmonare; se entra in una arteria, si ferma nelle arteriole del piano superiore del derma, dando luogo ai fenomeni descritti. Questa spiegazione che è chiara per i sali insolubili, non è sufficiente a spiegare le embolie dei sali solubili.

In tal caso bisogna pensare ad una endoarterite caustica. In conclusione per la patogenesi si può ammettere una ostruzione per i sali insolubili, un'arterite caustica per quelli solubili.

Nei casi tipici la diagnosi è facile: dopo una

iniezione intramuscolare si ha dolore, ischemia, tumefazione, esantema caratteristico.

Bisogna distinguere tale dolore da quello che si ha per puntura d'un filetto nervoso, per contusione, per flegmasia, per ematoma.

L. CARUSI.

Il trattamento delle varici.

(LAQUA. *Brun's Beitr. z. Klin. Chir.*, Bd. 150; n. 2, 1930).

Negli ultimi 20 anni il numero delle varici trattate chirurgicamente va diminuendo mentre quello del trattamento incruento va aumentando.

L'A. ricorda le operazioni che facevano gli antichi, da Galeno che oltre la cauterizzazione usava l'estirpazione delle varici a Oribasio, a Paré che praticava la chiusura della vena safena per far guarire le ulcerazioni della gamba. Trendelenburg stabilì il sintoma dell'insufficienza delle valvole della grande safena e la guarigione con la legatura del vaso.

I risultati della cura col metodo di Trendelenburg oscillano fino ad un massimo di 86 % di guarigioni (Jung, 1889). Ma con tale metodo si possono avere recidive.

Esse possono esser dovute a condizioni speciali dei vasi le cui valvole non sono insufficienti.

Una ragione di insuccesso della legatura può esser data da una collaterale che si trova nel 47 % tra la safena grande e la piccola. Parona per le numerose anastomosi ha proposto di legare la vena poplitea nel terzo inferiore del cavo del ginocchio, metodo usato in due casi con buon risultato.

Sono state inoltre osservate rigenerazioni di tratti di vena asportati, le quali fanno divenire illusori i risultati dell'asportazione.

Altro metodo usato specialmente nei casi di ulcera è quello delle incisioni circolari della pelle (Moreschi, Mariani) che devono comprendere anche la fascia.

È stato fatto anche un taglio a spirale.

Si è pensato di fare un rinforzo della safena sotto la fascia o la muscolatura e Waljaschenko pone sulla safena dei lembi peduncolati di aponevrosi della fascia lata, in modo da rinforzare il vaso.

Delbet fa una anastomosi safeno femorale impiantando la safena sotto le valvole della femorale; operazione criticata da Oppel perchè non fa che accrescere un'altra anastomosi. I risultati duraturi con questo metodo sarebbero del 60 %.

L'estirpazione totale delle varici operata da Celso è stata ripresa nel 1884 da Madelung.

I risultati buoni vanno dall'80 % al 100 %. Si hanno però delle lunghe cicatrici ed edemi ed è grande il pericolo di infezioni e trombosi.

Più usata è stata la safenectomia parziale.

Narath fa la estirpazione sottocutanea delle varici portando via dei blocchi di vene varicose, da piccoli tagli cutanei. Con questo metodo ha guarito non solo varici ma ulcere che duravano da decenni.

Mayo fa uso di una sonda per estirpare le varici.

Schede nel 1877 usò le legature percutanee multiple sia nei casi con segno di Trendelenburg positivo come in quelli con segno negativo. Kocher usava, per tali legature, della seta finissima che toglieva dopo 24 ore e utilizzava il metodo anche ambulatoriamente.

Tale metodo è stato utilizzato con buon successo da V. Hacker e da Kehar.

Kuzsnik annodava i fili sopra un rotolo di garza per evitare le necrosi della cute, e levava i punti dopo 12 giorni. Egli vide su 155 casi soltanto 3 recidive.

Klapp usa le discissioni multiple sottocutanee che danno secondo Bange risultati buoni funzionali e cosmetici.

Anche la simpatectomia periarteriosa ha dato buoni risultati.

Nella clinica chirurgica di Breslavia negli ultimi 30 anni hanno avuto i seguenti risultati buoni o soddisfacenti: col metodo di Trendelenburg 85 %, con quello di Madelung 79 %, con l'escissione parziale 67 %, con la legatura ed escissione 70 %, con la legatura multipla ed escissione 72 %. I risultati migliori sono dati dal metodo di Madelung e da quello di Trendelenburg. Il metodo a spirale di Rindfleisch può far scomparire le varici ma lasciare una elefantiasi nella gamba.

Trattamento delle varici con iniezioni. — L'idea risale al Monteggio nel 1813 con l'uso dell'alcool, acetato di piombo, tannino.

Pravaz usò il percloruro di ferro usato anche da Carrard ma presto abbandonato per le gangrene e i flemmoni che spesso produceva.

Anche le iniezioni perivenose di idrato di cloralio, di alcool e di ergotina non ebbero lungo uso. Nel 1875 Valette e Delorme videro che lo iodio era capace di produrre delle alterazioni dell'intima e così nel 1884 Englisch di Vienna pensò che si potevano formare delle trombosi secondarie nell'intima alterata. Tavel di Berna nel 1904 utilizzò praticamente l'idea con l'iniezione di acido fenico al 5 %, metodo usato già prima da Weber e Blackwood.

Schiassi di Bologna (1908) usò l'iniez. di una soluzione iodio-iodurata, Schart (1910) il sublimato all'1:3000, Paolo Linser sublimato al 2 %, Carlo Linser (1924) soluzione concentrata di cloruro di sodio, Nobl e i suoi allievi Kantor e Remenovsky soluzioni concentrate di zucchero, Sicard il salicilato di sodio.

Il trattamento con iniezioni deve rispondere al quesito se è o no pericoloso e se è più pericoloso del trattamento chirurgico.

Il mezzo deve dare una forte alterazione dell'intima con formazione sicura di un trombo senza azione tossica generale.

Il sublimato oltre a casi di intossicazione ha dato casi di morte. Alterazioni vengono attribuite anche al salicilato di sodio, all'uretanchinino, al carbonato di sodio e citrato di sodio, ma casi di morte non sono stati osservati.

Il trattamento con salicilato di sodio nonostante il grande impiego dei primi anni per opera di Sicard, e dei suoi allievi sembra ora usato solo in America. Lo stesso dicasi per l'uretan-chinino per quanto sia senza dolore.

Questo preparato ha nello stato gravidico e mestruale una controindicazione. Il carbonato di sodio suggerito da Sicard ed il citrato di sodio usato da Troisier sono abbandonati.

Scarso uso hanno avuto i mezzi atossici come l'argocromo, il rivanolo, la piocianina.

Attualmente in Germania sono più usati i preparati di zucchero fra cui è la varicoftina in soluzione clorurata con aggiunta di anestetico secondo Linser, la varicocalorose, soluzione di levulosio al 50-60 % secondo Nobl, il varicosmon, soluzione al 50-66 % di glucosio sec. Remenovski e Kantor.

Queste soluzioni osmotiche agiscono togliendo all'albumina cellulare una grande parte di acqua, producendo così la morte cellulare. Il cloruro di sodio e lo zucchero ledono l'intima meno intensamente del sublimato. Per quanto siano non velenosi devono essere usati in grande quantità per produrre l'alterazione dell'intima.

Però questi mezzi possono produrre alterazioni sorpassando l'intima, con formazione di necrosi e di ulcerazioni attribuibili a volte a difetti di tecnica o a passaggio del liquido nel tessuto paravenoso. L'iniezione deve essere fatta nella vena piena di sangue con paziente a sedere o in piedi in modo che sporga meglio la vena. Se la vena non si vede bene o il paziente sta coricato si deve fare una stasi manuale o con un laccio di gomma. L'iniez. si deve fare quando si è sicuri di essere nella vena.

Si inietta lentamente il liquido fino a che si vede un eritema che indica che il liquido è andato dalla vena nei tessuti, si ritira rapidamente l'ago e il punto d'iniezione compresso e massaggiato per qualche minuto viene coperto con una striscia di pflaster circolare. Hültl non ha visto più alcuna necrosi da quando usa di tenere l'ago canula qualche tempo dopo l'iniezione infisso nella vena. Dopo l'iniezione l'infermo sta in riposo per 10 minuti e poi può camminare.

Riguardo alle dosi per il cloruro di sodio si comincia con 2-3 cmc. giungendo in generale a 4-5 cmc. per iniezione. Per lo zucchero non si deve oltrepassare la dose di 5 cmc. per quanto siano stati usati 10 cmc. di varicosmon e 30 cmc. di calorose in una seduta. In caso di iniezioni in vari punti si inizia da vicino il ginocchio per poi andare perifericamente; vi sono invece degli autori che iniziano le iniezioni dalla periferia.

Tra i vari prodotti il migliore è la varicoftina che presenta un minore pericolo di embolia rispetto al varicosmon e al calorose.

Per nessuno dei mezzi si può dire che non possano dare embolie.

Sono state fatte delle ricerche sperimentali a cominciare da quelle di Schiassi (1908), che stabilivano come non si potesse avere una embolia perchè in seguito all'alterazione vasale i trombi venivano fissati dagli endoteli e fibroblasti. Lo stesso è stato visto con gli altri mezzi più recenti. La conseguenza è poi la organizzazione del trombo che si inizia tra il 6° e 9° giorno. Il trombo non è da coagulazione ma secondario alle alterazioni vasali.

Nella letteratura esistono finora 9 casi di morte per embolia e quelli dovuti al cloruro di sodio non sono meno numerosi di quelli da soluzioni di glucosio. A proposito l'A. riporta il caso citato da Olson di una giovane donna alla quale aveva fatte 2 iniezioni di cloruro di sodio e calorose e 5 giorni dopo l'iniezione, mentre la donna giocava coi figli, morì improvvisamente. Alla sezione fu trovata una trombosi della safena interna d. con embolia polmonare. Simile è il caso di Hohlbaum in seguito ad iniezione di 80 cmc. di soluzione di Pregl.

Con ciò l'A. non intende di gettare il discredito su tali mezzi di cura. Una statistica americana di Pheeters e Rice dà una mortalità di 11 su 53000 operati cioè 0,02%. Confrontando questa percentuale con la mortalità operatoria oscillante fra il 1/2 e l'1 % si vede la superiorità del mezzo irritante.

Dal lato chirurgico la protezione contro l'embolia è data dalla legatura preliminare della safena costituendo così il metodo chirurgico del trattamento con iniezioni.

Così faceva Tavel per iniettare la soluzione di acido fenico e Schiassi per lo iodio interrompendo la safena alla coscia e iniettando nel tronco periferico la soluzione di iodio.

Questo metodo di Schiassi è stato modificato coll'impiego di soluzione di Pregl, di cloruro di sodio o di zucchero, del varicosmon, iniettati nel tronco periferico della safena.

Intanto la legatura sulla safena non è una garanzia contro l'embolia, ciò che è provato dalla mortalità con l'operazione di Trendelenburg. Petermann ha visto praticamente che con la legatura preventiva sia che si faccia l'iniezione di soluzione di Pregl, o di cloruro di sodio o di calorose si hanno frequenti embolie per quanto non siano mortali. Esse non sarebbero dovute al mezzo impiegato ma a variazioni anatomiche dei vasi della gamba, ad anastomosi tra grande e piccola safena, con la vena poplitea e la profonda del femore. Co-

sì che anche legando la safena si può avere un trombo fuori di essa. Per tale fatto oltre la grande safena si dovrebbe legare anche la piccola.

Vi sono anche delle controindicazioni per il metodo chimico, da mettere in rilievo. Fra queste sono l'età avanzata, con stato marantico, con un limite sui 60 anni; uno stato diabetico, alterazioni dei reni e del circolo, vizi cardiaci scompensati, ipertensione arteriosa, arteriosclerosi.

Bisogna stare molto attenti per quelle varici che rappresentano una ectasia compensatoria per una trombosi delle vene profonde della gamba poichè abolendo queste comunicazioni si potrebbe produrre una gangrena. In questi casi nell'anamnesi troviamo una flebite, una phlegmasia alba dolens, dilatazione delle vene all'inguine e all'addome, edema della gamba.

Casi di gangrena per trattamenti di varici ne esistono pochi nella letteratura.

Il trattamento con irritanti può ancora influire nel ridestare processi flebitici precedenti delle vene superficiali o profonde. Così che tutte le flebiti acute e subacute rappresentano una condizione di controindicazione per il trattamento sclerosante. Lo stesso dicasi per le piodermiti, gli ascessi, i flemmoni e le malattie infettive febbrili.

Riguardo alla recidiva la statistica di Kilbourne del 1929 la fa risalire ad 1/6 dei casi trattati con il metodo irritativo mentre altre come quella di Gaugier sarebbe dell'1 %, quella di Delater, di Nobl e di Linser del 5 % e solo quella di Forestier raggiungerebbe il 15 %.

Il metodo combinato con la legatura ha dato la recidiva nel 14 %.

Confrontando i due metodi l'operativo e l'irritativo si deve concludere che il primo risulta meno buono. Basta pensare che il trattamento operativo dà il 20-40 % di cattivi risultati mentre la recidiva nel trattamento irritante è di 15-20 %. Quando il metodo dell'irritazione non dà buon esito è giusto provare il metodo operatorio.

Inoltre, la mortalità postoperatoria per il trattamento cruento oscilla fra 0,5-1 % ed anche 3 % mentre per il trattamento irritativo è di 0,02 %.

Oltre a ciò il metodo chimico ha una importanza di ordine sociale specialmente per i lavoratori, non richiedendo l'interruzione del lavoro e costituendo un risparmio di degenza in ospedale.

Alla relazione dell'Autore, Schreiber aggiunge che in circa 2000 iniezioni da lui praticate non ha mai visto un caso di embolia. Come mezzi ha usato la soluzione del 20 % di cloruro di sodio, varicoftina, varicosmon, calorose, rivanolo. Questo ultimo mezzo non è consigliabile per le forti reazioni che susseguono.

Da 2 anni usa la seguente miscela:

7-8 cmc. di soluzione di glucosio al 50 %; 1-2 cmc. di alcool assoluto; 1 cmc. di soluzione di novocaina e adrenalina al 2 %. Prima di ogni iniezione viene bollita la soluzione di glucosio e la miscela viene preparata fresca. L'iniezione deve esser fatta premendo nella vena in modo che il liquido non passi nella femorale o nell'iliaca. La quantità è al massimo di 10 cm. I pazienti li fa subito camminare. Non ha osservato mai necrosi tranne nel punto della infissione dell'ago.

Crede che il metodo sclerosante sia da preferire a quello operatorio.

R. Brancati.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

Pratique médico-chirurgicale. 3ª ediz. pubblicata sotto la direzione dei proff. Couvelaire, Lemierre, Lenormant. Vol. V di pagg. 950; vol. VI di pagg. 985; vol. VII di pagg. 1160; vol. VIII di pagg. 1123. G. Masson et C.ie. Paris, 1931. Prezzo di ogni volume Fr. 150; dell'opera completa Fr. 1300.

Con i volumi V, VI, VII e VIII questa interessante opera viene ad essere completata.

Sempre continuando la trattazione per ordine alfabetico in questi 4 volumi si trovano gli argomenti compresi rispettivamente fra Intestin grêle-Miaouli; Nicotine-Podophille; Poignet-Sinus e Sirops-Zona.

Ogni tema è trattato in forma riassuntiva, ma completa, e come già abbiamo detto, parlando dei precedenti volumi, tutta l'opera rappresenta quanto di interessante può necessitare per risolvere in qualunque momento un problema clinico o medico in generale.

La modernità e il criterio con cui l'opera è stata eseguita, fanno di essa senza dubbio la migliore enciclopedia medica che si conosca.

A. P.

Ergebnisse der gesamten Tuberkuloseforschung. Vol. II di pag. 490 con 106 figure. Edit. G. Thieme, 1931, Mk. 45; Vol. III di pag. 695 con 143 figure, Mk. 66.

A breve distanza dal primo volume escono i due nuovi volumi di questa importante raccolta di monografie sulla tubercolosi dirette da Assmann, Beitzke, Braeuning, Hohlen Krug, Engel.

A dare un'idea al lettore della importanza dell'opera elencherò le singole monografie.

Nel II volume troviamo: « Sulla forma cosidetta ultravisibile del bacillo t.b.c. »;

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

« Anatomia patologica della tubercolosi apicale »; « Il contagio con la tubercolosi fuori della casa »; « Sanatori per tubercolosi »; « La scelta dei malati di petto rispetto alla cura »; « La concezione clinica della tubercolosi secondo la Scuola Francese »; « Ricambio minerale nella tubercolosi »; « Il pneumotorace artificiale bilaterale »; « La prognosi della tubercolosi nei bambini »; « Le scissure interlobari ».

Nel terzo volume: « Anatomia patologica e clinica della tubercolosi polmonare negli adolescenti »; « L'importanza della ereditarietà e della costituzione nella tubercolosi »; « Tubercolosi polmonare e gravidanza »; « Sulla tubercolosi primaria dell'addome nei bambini »; « Pneumoconiosi e tubercolosi »; « Fondamenti di cura generale nella tubercolosi »; « Leggi speciali per la tubercolosi ».

A ogni articolo segue un indice bibliografico esteso.

L'edizione è in carta patinata e la riproduzione delle figure è ineccepibile.

P. VALDONI.

JOHS MYGGE. *Étude sur l'éclosion épidémique de l'Influenza.* Acta medica scandinava. Suppl. XXXII. Kopenaghen, 1930.

Studio dei casi di influenza manifestatisi a Kopenhagen, dal 1889 al 1922, messi in rapporto con le condizioni metereologiche.

L'A. ha osservato che in 11 annate si è avuta una tendenza più o meno netta allo scoppio epidemico, il quale in 9 anni si è manifestato nel semestre invernale (ottobre-marzo).

I varii fenomeni elettrici dell'atmosfera (temporali, lampi, aurore boreali, fuochi di Sant'Elmo, ecc.) si sono avuti con maggiore intensità durante tali annate epidemiche, sicchè l'A. lancia l'ipotesi che le condizioni elettriche dell'atmosfera contribuiscano a far sorgere il genio epidemico dell'influenza. In piena epidemia, si sono osservate notevoli oscillazioni dell'elettrometro di Ostwald, nonchè lo stato anticiclonico dell'atmosfera. Il fatto che le epidemie non sono localizzate fa inoltre pensare al possibile intervento di forze cosmiche (macchie solari?).

L'interessante studio, oltre ad una ricca bibliografia sull'argomento, è corredato da numerose tabelle e grafici.

fil.

Rheumaprobleme. Vol. II di pag. 176 con 72 figure. Edit. G. Thieme, Lipsia, 1931.

Abbiamo avuto già occasione di presentare il 1° volume di questa raccolta di conferenze tenute in Aquisgrana in un corso di perfezionamento sul reumatismo inteso in senso lato.

I capitoli più importanti in questo volume sono quelli sulla patogenesi e sintomatologia delle affezioni articolari croniche, sulla diagnosi differenziale del reumatismo nei bambini, sulla sintomatologia delle affezioni cosidette reumatiche della colonna vertebrale, ecc.

P. VALDONI.

WESTPHAL, GLEICHMANN, MANN. *Gallenwegsfunktion und Gallensteinleiden.* Vol. di pag. 229 con 64 figure. Edit. J. Springer, Berlino, 1931. R.M. 18.

Gli studi moderni sulla patogenesi della litiasi biliare hanno messo in evidenza l'importanza del fattore funzionale.

Uno degli AA., il Westphal, ha il merito di essere stato tra i primi ad affrontare lo studio della fisiopatologia della cistifellea, mettendo specialmente in evidenza delle correlazioni nervose nella regione del collo cistico con i caratteri della bile cistica.

La monografia ora pubblicata porta nuovi e più estesi contributi allo studio della discinesia delle vie biliari e alla sua importanza nella genesi dei calcoli.

Anche l'A. è riuscito a ottenere concrementi di bilirubina confermando così esperienze di altri ricercatori, specie di italiani che l'A. non cita.

Di particolare importanza sono gli studi sulla funzione di concentrazione della cistifellea sotto l'influsso di diversi stimoli nervosi.

P. VALDONI.

J. LERAY. *Embonpoint et obésité.* Un vol. in-8° di 196 pag. Masson et C.ie, Paris, 1931.

Osserva giustamente l'A. che uno dei pregiudizi più diffusi e tenaci sull'obesità è quello di credere che essa sia di facile trattamento, mentre chiunque ha avuto in cura degli obesi deve asserire il contrario. Questione complessa, in cui l'eziologia e la patogenesi sono ancora oggetto di controversie, per cui spesso è tutt'altro che agevole una terapia adatta.

L'A., in questo libro, frutto di una lunga pratica, riassume le recenti acquisizioni sulla patogenesi, passa alla descrizione clinica, occupandosi anche delle diverse complicazioni e tratta, infine, la terapia, specialmente la dietetica, non trascurando l'opoterapia ed i diversi rimedî proposti.

Una conclusione confortante per il medico e per il malato è che esistono casi difficili, ma non vi sono casi disperati, purchè si inizii la cura con metodo, con scienza e con pazienza.

fil.

V. MINICI. *Il sudore.* Roma, Tip. Armani di M. Courrier, 1931, pagg. v-43.

In una memoria, elaborata con piena padronanza della materia e redatta in forma piana ed ordinata, l'A. riassume tutto quello che ora si sa del sudore.

La materia è divisa in due parti: la prima tratta dell'anatomia delle glandole sudorifere e della fisiologia e patologia del loro prodotto

di secrezione con un accenno, notevole per molti riguardi, ai rapporti della funzione sudoripara con quella sessuale. La seconda è dedicata alle anomalie della secrezione sudoripara in patologia, al loro valore semiologico in clinica, all'importanza della medicazione diaforetica nella terapia in genere con un breve paragrafo finale sul sudore dal punto di vista dell'igiene e delle malattie professionali.

L'A., proponendosi di coordinare in un quadro sintetico le nostre cognizioni su di un argomento che può sembrare un po' limitato ma che, al contrario, ha tanta importanza dal punto di vista dell'antropologia e della fisiopatologia umana, ha pienamente raggiunto il suo scopo, ed il suo lavoro, corredato di un buon indice bibliografico, sarà letto utilmente da tutti i medici e da tutti coloro i quali, senza ricorrere ai grandi trattati ed alle pubblicazioni speciali, desiderino farsi delle idee chiare in questa materia. V. MONTESANO.

H. SCHMIEDEN. *Krankenhuasban in Neuer Zeit.* Vol. di pag. 346 con 382 figure, piani e schizzi. Edit. Brücke-Verlag Kurt Schmenson, Lipsia, 1931. RM. 36.

Nonostante le gravi crisi economiche, la Germania è stato forse l'unico paese in cui sono stati ricostruiti ex novo numerosi ospedali e moltissime cliniche. L'autore del libro, l'ingegnere Schmieden presenta in questo volume i piani di costruzione e le direttive a cui si sono orientati i costruttori dei nuovi ospedali per rispondere alle esigenze moderne sia riguardo all'igiene, che alle comodità e alle spese di esercizio.

A parte i prospetti delle facciate, che per seguire rigidamente lo stile 900 desteranno più curiosità che ammirazione, hanno particolare importanza il modo di distribuzione dei servizi, l'allestimento delle infermerie, la distribuzione della luce, la costruzione di camere operatorie, ecc.

Al medico che consiglia l'ingegnere nella costruzione di ospedali e all'ingegnere che si occupa delle costruzioni sanitarie non dovrebbe mancare questo volume perchè l'esperienza su vasta scala di altri è la guida più sicura a costruzioni che corrispondano veramente ai bisogni di oggi e di domani. P. VALDONI.

RIVISTE SINTETICHE

ISTITUTO DI RADIOLOGIA E TERAPIA FISICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PERUGIA
diretto dal prof. EUGENIO MILANI.

Lesioni da elettricità

(con speciale riguardo alle lesioni prodotte da apparecchi elettromedicali).

Prof. BRUNO BELLUCCI, aiuto.

(Continuazione; vedi num. prec.).

CAPITOLO TERZO.

MECCANISMO DI PRODUZIONE DELLE LESIONI DA ELETTRICITÀ GENERATA DA APPARECCHI ELETTROMEDICALI.

Le lesioni che le correnti elettriche generate da apparecchi elettromedicali provocano nell'organismo umano e degli animali, sono, per i caratteri anatomo-patologici, completamente simili a quelle che producono le correnti elettriche generate per uso industriale e domestico, e molto simili anche a quelle prodotte dalla elettricità atmosferica. Lo stesso dicasi per la sintomatologia offerta dalle vittime. Descriveremo quindi insieme, in un capitolo unico, i caratteri anatomo-patologici delle lesioni da elettricità, la sintomatologia che i colpiti dalla scarica elettrica presentano, le cause di morte, ed infine la terapia di simili casi.

Gli apparecchi che oggi vengono usati a scopo elettromedicale, e che hanno raggiunto una diffusione enorme e sempre crescente, sono i seguenti:

1) Apparecchi per raggi X.
2) Apparecchi per elettroterapia.

Dei primi ci occuperemo solo della parte degli apparecchi destinata alla produzione ed alla conduzione delle correnti di alta tensione, tralasciando completamente di parlare dell'effetto lesivo delle radiazioni, che fa parte di altro argomento.

Dei secondi ci occuperemo dei vari tipi di apparecchi e di correnti prodotte, e precisamente: 1) Correnti galvaniche; 2) Correnti faradiche; 3) Correnti sinusoidali; 4) Elettricità statica; 5) Correnti di alta frequenza.

Gli APPARECCHI PER RAGGI X consistono sempre di tre parti: 1) un apparecchio più o meno complesso destinato a produrre la corrente ad altissima tensione mediante la trasformazione della corrente elettrica a bassa tensione; 2) una linea ad alta tensione destinata a condurre la corrente elettrica ad alta tensione al tubo da raggi X; 3) un tubo da raggi X, destinato a trasformare la energia elettrica ad alta tensione in quelle oscillazioni di natura elettromagnetica che costituiscono i raggi X.

È chiaro quindi che, in ultima analisi, essendo gli apparecchi destinati a tale scopo dei semplici generatori di correnti ad altissima tensione, le lesioni accidentalmente da questi prodotte hanno molti caratteri in comune con le lesioni prodotte dalle correnti industriali ad alta tensione, e con il loro meccanismo di produzione. Se non che in pratica si verifica che, sebbene tutti gli ap-

parecchi radiologici forniscano correnti ad altissima tensione, la loro pericolosità varia in modo grandissimo a seconda dei vari tipi di apparecchi. È opportuna quindi una breve descrizione dei principali tipi di apparecchi per raggi X, distinguendoli in base alle loro particolarità costruttive ed in base ai caratteri di pericolosità da essi presentati.

Possiamo così distinguere tre principali tipi di apparecchi radiologici:

1) apparecchi ad induttore;
2) apparecchi a trasformatore;
3) apparecchi a condensatore.

Gli *apparecchi ad induttore*, tipo bobina di Rumkorff, sono costituiti da un grosso nucleo di ferro dolce (circuito magnetico aperto) su cui è avvolto un circuito primario (poche spire di grosso filo di rame isolato), e, sopra di questo, un circuito secondario (moltissime spire, in genere vari chilometri, di filo sottilissimo di rame isolato). Lanciando nel circuito primario una corrente elettrica continua, il cui valore è stabilito e regolato da adatte resistenze ohmiche, nel circuito secondario non si ha formazione di corrente che nei momenti della chiusura ed apertura del circuito. Di qui la necessità di un interruttore, che ripeta tale operazione di apertura e chiusura del circuito in modo continuo e rapidissimo (interruttori a mercurio, a turbina e dielettrico gas). Il circuito primario può essere alimentato anche da corrente alternata, nel qual caso l'interruttore deve essere mosso da un motore sincrono coi periodi della corrente stessa, in modo che l'apertura e la chiusura del circuito avvenga sempre in determinati momenti, e cioè quando il valore della corrente alternata è prossimo allo zero. Gli apparecchi ad induttore sono prevalentemente usati però con la corrente continua; essi sono stati i primi apparecchi usati per la produzione dei raggi X, ma oggi hanno perduto molto terreno di fronte ai trasformatori su corrente alternata.

La corrente secondaria che si forma negli apparecchi ad induttore è sempre di tipo alternato, perchè la corrente che si produce alla apertura del circuito primario è di polarità inversa a quella che si produce alla chiusura del circuito stesso. Essa graficamente è riprodotta da una brusca salita quasi verticale (onda di apertura del primario) terminante a punta fortemente acuta, con discesa meno brusca sino alla linea corrispondente al potenziale zero; forma quasi identica, ma rovesciata, si ha durante l'onda di chiusura del primario al disotto della linea orizzontale. Naturalmente poichè la corrente destinata al tubo da raggi X deve avere una direzione unica e costante, la corrente inversa di chiusura deve essere eliminata: ciò si ottiene o con tubi valvola che lasciano passare la corrente solo in un determinato senso, trattenendo l'onda inversa, o con selettore rotante che deve essere trascinato dallo stesso motore che aziona l'interruttore a turbina. Questo selettore è costruito in modo che quando l'interruttore si trova nella posizione di chiusura del circuito primario, il selettore è in posizione tale da non permettere il passaggio della corrente secondaria. Il potenziale della corrente secondaria, negli apparecchi ad induttore, è all'incirca direttamente proporzionale al potenziale della corrente primaria con lo stesso rapporto della lunghezza dei circuiti relativi; la quantità di corrente che si forma nel secondario è invece inversamente proporzionale allo stesso rapporto. Se il primario è costituito ad esempio da 15 metri di filo, ed il secondario da 3000 metri (rapporto 1:200) e se nel primario entra una corrente alla tensione di 200 volta e nella quantità di 5 ampères, si avrà nel secondario una corrente di tensione 200 volta×200=40 mila volta, mentre la quantità di corrente sarà di 5 ampères:200=0,025 ampères ossia 25 milliampères. In pratica si hanno apparecchi ad induttore capaci di produrre correnti della tensione di 300 mila volta; naturalmente però in questi, essendo elevatissimo il rapporto fra le lunghezze dei circuiti primario e secondario, e quindi elevatissima la tensione, la quantità di corrente prodotta è minima: in genere pochissimi milliampères. In questi apparecchi quindi l'aumento della tensione secondaria è sempre accompagnata da una proporzionale diminuzione dell'intensità della corrente secondaria stessa; *l'aumento della intensità nel secondario* può avvenire solamente per aumento di intensità nel primario (il che si ottiene con l'esclusione di resistenze ohmiche) ed *è del tutto indipendente dalla resistenza del circuito di utilizzazione della corrente secondaria.* Questo particolare è di grande importanza nei riguardi degli effetti che la corrente secondaria può avere sull'organismo, perchè quand'anche l'organismo rappresentasse idealmente un corto circuito fra i capi del secondario, la intensità della corrente attraversante l'organismo non potrebbe assumere valori superiori a quelli stabiliti in precedenza per l'utilizzazione della corrente secondaria su di una resistenza molto grande (come ad es.: i tubi per raggi X).

Da quanto sopra è detto è facile comprendere come gli apparecchi ad induttore, tipo bobina di Rumkorff, pur rappresentando un pericolo di lesioni per l'organismo, data la tensione elevata della corrente da essi prodotta, non rappresentano in genere pericolo di morte, perchè la quantità di corrente che può attraversare l'organismo non può raggiungere valori elevati, mantenendosi di pochi milliampères, incapaci in genere di provocare la morte, ma capaci solamente di provocare un violento choc transitorio e fugace.

Gli *apparecchi a trasformatore* sono costituiti da trasformatori del tipo industriale, a circuito magnetico chiuso, ossia un grosso nucleo di ferro dolce foggiato ad anello, su cui sono disposti l'avvolgimento primario (di filo grosso e di breve lunghezza) ed il secondario (di filo sottile e di grande lunghezza) analogamente agli apparecchi ad induzione. In genere oggi, per ottenere l'altissimo grado di isolamento necessario a causa delle elevatissime tensioni che si raggiungono nel secondario, il nucleo magnetico e gli avvolgimenti disposti su di esso vengono mantenuti immersi in recipienti metallici ripieni di olio minerale adatto, di grande potere isolante.

Lanciando nel circuito primario di tali trasformatori una corrente alternata, nel circuito secondario si forma, per fenomeni di induzione elettromagnetica, una corrente egualmente alternata, spostata di 1/4 di periodo rispetto alla corrente primaria, ma di tensione molto più elevata, tenendo presente che, come per gli apparecchi ad induttore, il rapporto di trasformazione è approssimativamente eguale al rapporto fra il numero delle spire del primario e del secondario. Inoltre

(e qui è la differenza sostanziale fra trasformatori ed induttori), mentre negli apparecchi ad induttore occorre che nel primario sia lanciata una corrente di intensità stabilita e regolata da resistenze ohmiche, nel primario dei trasformatori, se il circuito secondario è aperto, può essere lanciata una corrente alternata senza alcuna resistenza ohmica intercalata, e ciò senza che l'intensità nel primario assuma valori elevati, ad eccezione dell'istante in cui avviene la chiusura del circuito primario.

Ciò perchè le variazioni del flusso magnetico, prodotte dalla corrente alternata sul nucleo magnetico a circuito chiuso, dànno origine ad una forza elettromotrice antagonista di self-induzione, la quale forza contro elettro-motrice assume subito un valore di potenziale molto prossimo a quello che ha la corrente lanciata nel primario, tanto che quest'ultima viene ad essere quasi annullata. Questo fenomeno si verifica però solamente nel caso in cui il circuito secondario è aperto; se invece questo è chiuso su di una resistenza, si forma in esso per induzione una corrente, di senso opposto a quella principale, che produce quindi un effetto smagnetizzante sul nucleo, e quindi diminuendo l'auto induzione e la forza contro elettromotrice nel primario, permette in questo il passaggio di una corrente più intensa. Evidentemente tanto minore è la resistenza sulla quale è chiuso il circuito secondario, e tanto maggiore è l'intensità che può attraversare il primario. Concludendo: *il trasformatore assorbe tanta corrente al primario quanta ne occorre per equilibrare il lavoro che si produce nel secondario; è cioè autoregolatore.* Questo particolare è della massima importanza per il nostro argomento, come in seguito vedremo.

Abbiamo detto che la corrente ad alta tensione che si forma nel secondario dei trasformatori è alternata come la corrente primaria. E poichè al tubo da raggi X deve essere addotta una corrente unidirezionale (eccezion fatta per piccoli impianti e per tensioni non superiori agli 80 mila volta, nel qual caso il tubo stesso da raggi X seleziona la corrente secondaria alternata, e funziona anche da valvola, respingendo l'onda inversa e lasciando passare solo l'onda utile) necessita che la corrente secondaria venga sottoposta ad alcune modificazioni prima di essere utilizzata nel tubo.

A tale scopo vi sono molti sistemi. Uno dei primi metodi usati fu quello del selettore rotante, mosso da un motore sincrono, il quale selettore interrompeva la corrente secondaria nel momento in cui questa era costituita dall'onda inversa. Sistema di rendimento scarso, oggi quasi abbandonato.

Altro sistema, usato tuttora in molti apparecchi, con ottimo rendimento, è l'adozione di un apparecchio rotante, mosso da motore sincrono, costruito in modo da cambiare la polarità della corrente ad alta tensione ad ogni mezzo periodo, e permettere quindi non solo il passaggio dell'onda utile, ma anche dell'onda inversa, che, con tale dispositivo, viene rovesciata ed avviata al tubo come seconda onda utile. Conseguentemente maggior rendimento dell'apparecchio perchè gli impulsi al tubo sono raddoppiati.

Altro sistema è l'adozione di tubi valvola i quali lasciano passare solo la mezza onda utile della corrente ad alta tensione, opponendosi al passaggio della corrente inversa. Con un solo tubo valvola applicato in serie su uno dei capi del trasformatore si ottiene solo l'eliminazione della semionda inversa. Applicando invece quattro valvole (due per ogni capo del trasformatore, disposte in modo invertito fra di loro) si ottiene il passaggio di ambedue le semionde in modo unidirezionale rispetto al tubo da raggi X, con un rendimento quindi molto superiore.

Ciò nel caso dei trasformatori monofasi, ossia utilizzanti una sola fase della corrente alternata. Recentemente sono stati costruiti anche trasformatori trifasi, utilizzanti tutte tre le fasi della corrente alternata, i quali presentano il vantaggio di un carico equilibrato sulla rete stradale di distribuzione della corrente alternata, con conseguente minore caduta di tensione. Presentano inoltre il vantaggio di poter produrre una quantità di corrente secondaria molto notevole, la quale viene inviata al tubo previo raddrizzamento mediante sei valvole (due per ogni capo del trasformatore disposte in modo invertito fra loro per ognuna delle fasi) o mediante tre raddrizzatori rotanti mossi ciascuno da motore sincrono con la fase relativa, che permettono il passaggio e l'utilizzazione nel tubo di ambedue le semionde di ciascuna fase.

La corrente secondaria ad alta tensione prodotta da questi apparecchi tende a perdere le caratteristiche di interruzione proprie della corrente alternata, ed assume un carattere di continuità con lievi ondulazioni, perchè nel momento in cui la semionda di una fase sta per entrate nei valori discendenti sopravvengono sommandosi le semionde delle fasi susseguenti, raddoppiate di numero dal raddrizzamento eseguito. Naturalmente con tali apparecchi il rendimento è elevatissimo: sono oggi in commercio apparecchi capaci di erogare 2000 milliampères (due ampères!) di corrente alla tensione di 60-80 mila volta!

Apparecchi a condensatore. — Recentemente, con l'adozione di valvole termojoniche e condensatori di grande capacità, sono stati costruiti degli apparecchi in cui la corrente secondaria ad alta tensione, prodotta dal trasformatore, viene ad essere raddoppiata di tensione e modificata in modo che la forma della corrente ad alta tensione risultante è quasi perfettamente livellata e costante. In tali apparecchi i due grandi condensatori vengono caricati isolatamente dal potenziale di cresta di ciascuna delle due alternanze, attraverso le valvole termojoniche alle quali è devoluto il compito di lasciar passare solo la cresta dell'onda utile al rispettivo condensatore. I condensatori poi scaricano la corrente ad alta tensione immagazzinata nella linea che alimenta il tubo, smorzando così le fluttuazioni della corrente secondaria ad alta tensione, e fornendo una tensione doppia di quella esistente ai morsetti del secondario del trasformatore. Naturamente la quantità di corrente erogata da tali apparecchi non può essere molto rilevante, perchè, per ragioni tecniche, la capacità dei condensatori usati a tale scopo non può giungere che a qualche centesimo di microfaraday al massimo, il che si traduce in intensità complessiva massima al tubo di pochi milliampères (8-10).

Essendo però la tensione raddoppiata rispetto a quella del trasformatore, (sufficiente quindi un ordinario trasformatore da diagnostica, sino a 120 K. V. max.) e con caratteri di corrente livellata

e costante, con conseguente massimo omogeneo rendimento del tubo, questi apparecchi a valvole e condensatori sono oggi molto usati in terapia profonda, dove necessitano solo piccole intensità con altissime tensioni.

Negli apparecchi da diagnostica, dove invece si richiedono grandi intensità con tensioni relativamente non molto elevate, i condensatori non possono in genere essere usati, e la preferenza è data agli apparecchi funzionanti su trifase, a valvole termojoniche od a raddrizzatori meccanici, i quali apparecchi, come abbiamo visto, offrono un elevatissimo rendimento, sia per la forma di corrente livellata e costante, sia per il fortissimo milliamperaggio che gli apparecchi possono erogare senza grandi cadute di tensione nella rete stradale, dato il carico equilibrato esistente.

Va ricordato in ogni modo che esiste in commercio qualche tipo di apparecchio da diagnostica basato sulla scarica dei condensatori: si tratta in genere di un condensatore di enorme capacità e quindi di grandissime dimensioni, il quale viene caricato lentamente o dalla corrente stradale o da un piccolo gruppo elettrogeno autonomo, annesso all'apparecchio (possibilità quindi di funzionamento dove non esiste corrente elettrica). Per l'esame diagnostico che naturalmente è limitato alla sola radiografia istantanea, viene scaricata nel tubo la elettricità immagazzinata nel condensatore; la scarica ha durata brevissima di frazioni minime di secondo, ma è di tale intensità da essere sufficiente anche per radiogrammi a grande distanza di parti del corpo di notevole spessore.

Gli apparecchi a trasformatore (comprendendovi in essi anche quelli utilizzanti i condensatori, perchè anche in questi vi è sempre un trasformatore di corrente alternata) e specialmente i tipi moderni di grande rendimento su monofase o trifase, rappresentano un grave pericolo di lesioni per l'organismo, ed anche di morte per la persona che eventualmente venisse in contatto con la corrente elettrica da essi prodotta, a differenza degli apparecchi ad induttore di cui più sopra ci siamo occupati.

Nel meccanismo di azione con cui possono verificarsi accidenti da correnti elettriche prodotte da trasformatori per uso radiologico, bisogna distinguere vari casi: 1) modalità tecniche costruttive con le quali avviene la regolazione della corrente primaria nel trasformatore; 2) modalità con cui è costruito il trasformatore; 3) modalità dell'accidentale contatto con l'alta tensione.

Il primo di questi tre argomenti è uno dei più importanti. Il circuito primario dei trasformatori è posto in relazione con la rete stradale di distribuzione dell'energia elettrica mediante due tipi di apparecchi che permettono di variare la tensione inviata nel primario stesso: autotrasformatori o resistenze ohmiche. Gli autotrasformatori hanno lo scopo di variare la tensione che va al primario, mediante varie prese sull'avvolgimento dell'autotrasformatore stesso, non influenzando per nulla la intensità della corrente che circola nel primario stesso, e quindi non presentando alcun ostacolo alla erogazione di qualsiasi quantità di corrente che venisse richiesta dal secondario (vedi princìpi costruttivi e teorici dei trasformatori, più sopra esposti). Le resistenze ohmiche invece, inserite nel circuito primario, modificano la tensione della corrente primaria, ma ne modificano anche l'intensità, ponendo un limite fisso alla quantità di corrente che può circolare nel primario, e conseguentemente ponendo anche un limite fisso alla quantità di corrente che il secondario può erogare, se richiesto.

Il primo sistema di regolazione con autotrasformatore è il più usato, perchè riduce al minimo le perdite nel trasformatore; ma agli scopi pratici, di cui qui noi ci occupiamo, è il più pericoloso perchè il secondario può, per accidentali contatti, erogare energia ad alta tensione in quantità rilevantissima, senza alcuna limitazione all'infuori di quella offerta dal calibro del filo con cui è costruito il secondario, o dalla esistenza eventuale di valvole, inserite nel circuito primario, fusibili quando la corrente prodotta nel secondario, e quindi richiesta al primario, supera un valore stabilito in precedenza. Ma queste valvole fusibili non offrono grandi garanzie di sicurezza per varie ragioni: anzitutto perchè, allo scopo di evitare perdite di rendimento nell'apparecchio, dovute a riscaldamento del filo fusibile durante i forti carichi di diagnostica radiografica, i fili fusibili vengono calcolati in genere di un calibro superiore a quello corrispondente alla massima intensità erogabile dall'apparecchio; in secondo luogo perchè la fusione del filo, quand'anche si verificasse, non è mai talmente istantanea da impedire il passaggio della corrente, sia pure per un tempo molto breve, ma sufficiente già per produrre danni all'organismo.

Il sistema di regolazione con resistenze ohmiche è meno usato, perchè provoca notevoli perdite di energia nell'apparecchio; però ponendo un limite fisso alla intensità primaria, come sopra si è detto, rende meno pericoloso un accidentale contatto con la corrente secondaria, la quale, anche se in corto circuito, non può andare al di là di un certo valore di intensità.

Negli apparecchi a trasformatore moderni i due sistemi di regolazione sono abbinati, e la corrente primaria può essere variata mediante vari contatti dell'autotrasformatore (grossa regolazione a scatto con forti variazioni di tensione) e mediante vari contatti di una resistenza ohmica (regolazione fine e progressiva fra un contatto e l'altro dell'autotrasformatore).

Solo in alcuni piccoli apparecchi a trasformatore, non oltrepassanti in genere la tensione di 80 Kilovolta, nei quali la alimentazione del tubo Coolidge si compie senza alcun sistema di selezione o raddrizzamento dell'onda inversa, mancano le resistenze ohmiche, e la regolazione è fatta solamente mediante i vari contatti dell'autotrasformatore. Tali apparecchi costituiscono quindi un notevole pericolo, in caso di accidentale contatto con la corrente secondaria, anche perchè questi apparecchi, per le loro piccole dimensioni, per il prezzo modesto, per la grande facilità di manovra e per l'apparente innocuità, hanno avuto una grande diffusione anche fra medici non radiologi, privi o quasi di quelle cognizioni di tecnica elettrica e radiologica che costituiscono una delle migliori difese ed il miglior mezzo di prevenzione contro gli accidenti elettrici e radiologici.

Il secondo argomento: « modalità con cui è costruito il trasformatore » ha pure una grande importanza. Infatti, mentre nella costruzione di trasformatori destinati a produrre tensioni sino a 120 Kilovolta viene costantemente usato il circuito magnetico chiuso, nei trasformatori oltre 120 Kilovolta, per ragioni di indole tecnica, si preferisce

usare il sistema a circuito magnetico aperto, il quale non differisce dalle comuni bobine di induzione che per i differenti rapporti degli avvolgimenti, e per gli speciali dispositivi destinati a produrre un maggiore isolamento fra le spire.

Ne consegue che la pericolosità dei trasformatori, nel senso della produzione di lesioni o della morte della persona che venga in contatto con i capi del secondario, è molto varia a seconda del tipo di trasformatore e della tensione da esso prodotta. Precisamente si verifica il fatto contrario a quanto a prima vista sembrerebbe dovesse verificarsi: con trasformatori ad altissima tensione (per terapia) sopra i 120 Kilovolta e fino a 250-300 Kilovolta, si ha minor pericolo di lesioni e di morte in caso di contatto accidentale con i capi del secondario, appunto perchè costruiti in genere con circuito magnetico aperto. Invece con trasformatori per diagnostica, che ordinariamente non superano i 120 Kilovolta, e che sono tutti costruiti con circuito magnetico chiuso, il pericolo è molto grande, perchè l'energia erogata dal secondario, in casi di contatto accidentale con i capi dello stesso, può istantaneamente raggiungere valori talmente elevati da essere mortale, prima che si provochi la fusione delle valvole di sicurezza.

Altro particolare di tecnica costruttiva dei trasformatori, che ha grande importanza per il nostro argomento, è l'esistenza o meno della comunicazione fra la terra ed il centro del secondario, o fra la terra ed uno degli estremi del secondario stesso. Questo sistema di mettere a terra il centro del trasformatore od uno dei capi del secondario, è oggi quasi totalmente abbandonato dalle case costruttrici, ma esistono tuttavia degli apparecchi ancora costruiti con tale sistema. Questi trasformatori sono fra i più pericolosi, e ad essi debbono essere imputati vari casi di fulminazione di radiologi o di personale addetto ai gabinetti radiologici. Infatti con tali trasformatori è sufficiente il contatto con un solo polo (fatto questo che, nonostante ogni precauzione, può verificarsi con una certa frequenza) per verificarsi la fulminazione, essendo l'altro polo fornito dalla terra in immediata e vicina comunicazione col trasformatore. Ed a questo proposito va ricordato che, per tensioni così elevate, ogni comunicazione con la terra è più che sufficiente perchè notevoli intensità di corrente attraversino l'organismo, anche se gli apparecchi si trovano in ambienti con pavimenti abbastanza asciutti, e tali che non permetterebbero il ritorno a terra di correnti a bassa tensione.

Il terzo argomento: « modalità dell'accidentale contatto con l'alta tensione » non ha minore importanza. Queste modalità possono essere varie: 1) contatto diretto con un solo polo del secondario; 2) contatto diretto con ambedue i poli; 3) contatto indiretto, attraverso una scarica a scintilla; 4) contatto diretto od indiretto ai morsetti del secondario, prima dei dispositivi di selezione o raddrizzamento, o dei condensatori; 5) contatto diretto od indiretto lungo la linea di distribuzione.

Non consideriamo il caso, pur facilmente verificabile e qualche volta pericoloso, del contatto con la corrente stradale a bassa tensione, perchè tale argomento rientra nel capitolo precedente in cui ci siamo occupati delle lesioni da correnti industriali o per uso domestico.

Prendiamo in esame ciascuna delle suddette modalità. La prima consiste nel contatto diretto con un solo polo del secondario. Le esperienze del Maragliano eseguite con trasformatori su corrente alternata e su cani, hanno dimostrato che questa modalità di contatto provoca lesioni, ma non è in genere mortale, se l'altro polo del secondario non è messo a terra. Ciò può esistere in condizioni normali (vedi sopra) in alcuni tipi di trasformatori ormai abbandonati. Ma può verificarsi anche in seguito ad accidentali guasti del trasformatore: precisamente per difettoso isolamento può scattare una scintilla fra il polo libero del secondario e la carcassa metallica che è a terra. Oppure può forarsi la camicia isolante del primario, con consecutiva messa a terra, attraverso il primario stesso, del polo libero del secondario. Questi guasti accidentali in genere sono oggi evitati dall'ottimo materiale isolante interposto fra primario e secondario, dal grosso strato di olio che separa il secondario dalla carcassa metallica, e dal rigoroso collaudo dei manicotti isolanti attraverso i quali i due poli del secondario fuoriescono dal coperchio metallico del trasformatore (punto questo molto importante). Ciò non toglie però che in qualche rarissimo caso la eventualità accidentale suddetta non abbia a verificarsi, soprattutto tenendo conto delle abnormi condizioni di lavoro del secondario, quali si verificano nel caso di contatto di un polo del secondario stesso con un oggetto od un organismo a terra. Queste abnormi condizioni sono molto lontane da quelle con cui è stato eseguito il collaudo del trasformatore, perchè sottopongono l'avvolgimento secondario a carichi inusitati, ed i mezzi dielettrici a sollecitazioni fortissime.

La seconda modalità: contatto diretto con ambedue i poli, non ha bisogno di essere illustrata, perchè costituisce la condizione di cose più favorevole per la fulminazione immediata alla vittima. Il caso è veramente rarissimo a verificarsi: nella letteratura si ricorda solo quello di una suora addetta ad un Istituto Radiologico, che, volendo eseguire il centramento di un tubo Coolidge posto su di uno stativo, già in collegamento elettrico con la linea e col filamento già incandescente, afferrò con le due mani i due estremi del tubo per girarlo sul suo asse, senza avvedersi che nel tubo, in quel momento, oltre la bassa tensione di accensione del filamento era lanciata anche la corrente ad alta tensione. Naturalmente rimase fulminata all'istante.

La terza modalità: contatto indiretto attraverso una scarica a scintilla, è una delle evenienze più frequenti, dato che per essere colpiti dalla scarica a scintilla basta avvicinarsi al conduttore dell'alta tensione entro il raggio d'azione eguale alla distanza esplosiva della corrente. Se la distanza dal conduttore è all'incirca eguale al limite massimo di distanza esplosiva, o di poco inferiore, la scarica avviene sotto forma di scintilla debole ed isolata, e di solito provoca nella vittima solamente una brusca sensazione traumatica, quasi di colpo di bastone (dovuta forse alla contrattura energica ed immediata dei muscoli colpiti e di quelli vicini), e quasi sempre con assenza di sensazione elettrica.

Se invece il corpo della vittima si trova ad una distanza dal conduttore eguale all'incirca alla metà

della distanza esplosiva od a distanza ancora minore, la scarica assume la forma di fiamma, che permette il passaggio facile di una intensità di corrente (100 milliampères ed anche più) più che sufficiente per provocare la morte. Naturalmente in questo tipo di contatto indiretto la scarica, per ovvie ragioni, è sempre unipolare, e quindi tornano in campo, per quanto riguarda la gravità dell'accidente, le modalità descritte precedentemente, nei riguardi del contatto unipolare e della comunicazione con la terra del secondario del trasformatore.

La quarta e la quinta modalità (contatto ai morsetti del secondario o lungo la linea di distribuzione) costituiscono delle varianti dei casi precedenti.

Infatti il contatto diretto od indiretto, unipolare o bipolare, può avvenire in prossimità della uscita dei capi del secondario dal trasformatore, oppure può avvenire lungo la linea che porta la corrente di alta tensione al tubo. I due casi presentano notevoli differenze fra di loro: nel primo caso il contatto di una parte dell'organismo con l'alta tensione avviene senza alcuna modificazione o limitazione intermedia della corrente erogata; nel secondo caso l'organismo della vittima riceve una corrente parzialmente modificata dagli apparecchi che si trovano alla uscita del secondario dal trasformatore, e che hanno lo scopo di raddrizzare la corrente ad alta tensione o di raddoppiarne il potenziale. Il primo caso è il più grave ed il più pericoloso per l'organismo, ma fortunatamente anche il più raro a verificarsi dato che i trasformatori per uso radiologico, nonchè i conduttori che fuoriescono vengono costantemente protetti da armadi di legno, o da gabbie di rete metallica, o sono collocati addirittura in ambienti separati e chiusi, tanto che praticamente il contatto con essi durante il funzionamento può ritenersi quasi impossibile a verificarsi. Il secondo caso è molto più facile a verificarsi, perchè molto più numerose e facili sono le occasioni di avvicinarsi alle linee ad alta tensione disposte negli Istituti Radiologici, ed ai cordoni elettrici che penzolano dalle linee, destinati a portare la corrente ai tubi. La scarica elettrica ad alta tensione, che può colpire lungo le linee di distribuzione, può avere effetti molto diversi a seconda che fra il trasformatore e la linea sia inserito un raddrizzatore meccanico, o delle valvole termojoniche, o dei condensatori per il raddoppio della tensione. Nel caso del raddrizzatore meccanico può considerarsi che la corrente ad alta tensione circolante nelle linee di distribuzione abbia le stesse caratteristiche di pericolosità di quelle esistenti ai morsetti del secondario, dato che il piccolo salto, di qualche millimetro d'aria, a cui è costretta la corrente ad alta tensione nel raddrizzatore meccanico, non costituisce un ostacolo al passaggio di quantità elevatissime della corrente secondaria nella linea.

Nel caso del raddrizzamento con valvole termojoniche si ha invece un limite nel passaggio della corrente secondaria dal trasformatore alla linea; tale limite è costituito dalle caratteristiche della valvola, ed è in relazione con lo stato di incandescenza del filamento. Se questo è portato alla minima incandescenza (usi di terapia e radioscopia) la quantità di corrente che può attraversare la valvola termojonica è di gran lunga inferiore alla quantità di corrente che la valvola lascia passare se il filamento è portato alla massima incandescenza (usi di radiografia intensiva). La valvola termojonica quindi, specialmente se adoperata in apparecchi da terapia o da diagnostica radioscopica, e perciò con filamento riscaldato al minimo, può diminuire la pericolosità della corrente circolante nella linea, limitando a pochi milliampères la quantità di corrente secondaria utilizzabile nella linea stessa. Non ha invece più alcuna funzione protettrice nei casi di diagnostica radiografica intensiva, nei quali la valvola termojonica, avendo spinta al massimo l'incandescenza del filamento, permette il facile passaggio nella linea di centinaia di milliampères, più che sufficienti per fulminare una persona. Naturalmente per poter fare la distinzione di cui sopra occorre che siano rigorosamente rispettati i dati di accensione minima e massima del filamento della valvola, quali la casa fabbricante indica per ogni singola valvola.

Nel caso degli apparecchi da terapia a condensatori e tensione raddoppiata rispetto a quella fornita dal trasformatore, si ha invece grande differenza fra la pericolosità della corrente esistente ai morsetti del secondario e quella esistente sulla linea di distribuzione. Il trasformatore è in genere del solito tipo a circuito chiuso e del potenziale massimo di circa 120 Kilovolta; quindi pericolosissimo il contatto col secondario alla sua uscita dal trasformatore. Invece nella linea circola la corrente erogata dai condensatori, corrente che, benchè a tensione elevatissima perchè raddoppiata rispetto a quella del trasformatore, è in quantità limitatissima raggiungendo difficilmente un'intensità superiore a dieci milliampères anche in corto circuito. Il contatto quindi con la corrente della linea di distribuzione non è, nel caso dei condensatori, di grande pericolo a causa della scarsa intensità della corrente. Ciò non significa che la scarica della corrente dei condensatori non provochi danni nell'organismo; ma tuttavia non vi è in genere pericolo di morte, come invece è quasi sicuro con il contatto del secondario alla uscita dal trasformatore.

Gli apparecchi a valvola e condensatori, se offrono i vantaggi di una relativa minore pericolosità, offrono anche degli inconvenienti. Uno di essi è dato dalla silenziosità durante il funzionamento, fatto che costituisce un pregio di tali apparecchi, ma che ne aumenta la pericolosità perchè mancando ogni rumore prodotto da motori, si può avere l'impressione che l'apparecchio non funzioni, mentre invece sulla linea circola l'alta tensione. Ciò specialmente se nell'ambiente ove funziona l'apparecchio vi è del rumore prodotto da altri apparecchi o da persone, tale da nascondere il caratteristico fruscìo dovuto all'effetto corona della corrente ad alta tensione circolante nella linea.

Che tale inconveniente abbia la sua importanza lo dimostra il fatto che in alcuni apparecchi i costruttori applicano un apparecchio vibratore (cicala) che entra in funzione nello stesso istante in cui viene lanciata l'alta tensione, e funziona per tutto il tempo in cui la corrente circola nella linea, producendo un caratteristico e sordo rumore di allarme.

Un altro inconveniente è dato dal fatto che negli apparecchi a condensatori per terapia, dopo aver tolto la corrente primaria al trasformatore, la linea rimane sotto tensione per vario tempo,

a causa dei condensatori che conservano la loro carica più o meno a lungo. Anche in questo caso la mancanza di ogni avvertimento esteriore, che indichi che la linea è sotto tensione, può provocare accidenti sgradevoli, se non pericolosi per la vita, se il Radiologo, dopo terminata l'applicazione, dimentica di scaricare la linea mediante un corto circuito del secondario.

Prima di lasciare questo argomento va ricordato che, di pari passo con l'aumento di potenza degli apparecchi radiologici, e quindi della loro pericolosità, e con l'apparire dei primi casi di lesione da correnti elettriche per uso radiologico, gli sforzi dei costruttori si sono subito diretti alla ricerca di *mezzi o dispositivi atti ad impedire danni alle persone*, o comunque a limitarne gli effetti dannosi. Nei primi apparecchi radiologici a trasformatore, di potenza non molto grande, la sicurezza era affidata alle valvole a filo fusibile applicate all'ingresso della linea stradale. Le valvole dovevano essere di calibro tale da permettere il passaggio di una determinata intensità nel primario e non oltre, fondendosi ed interrompendo il passaggio della corrente non appena, a causa del contatto del secondario con l'organismo, la quantità di corrente richiesta al primario avesse superato il valore massimo prestabilito. Questo sistema sebbene imperfetto, poteva in ogni modo rappresentare una certa difesa fino a quando ai trasformatori radiologici fu richiesta solo l'erogazione di poche diecine di milliampères; ma a poco a poco le quantità di corrente richieste al secondario, per le sempre crescenti necessità radiografiche, aumentarono giungendo a varie centinaia di milliampères. Ed allora le valvole fusibili sulla linea di ingresso del primario cessarono la loro funzioni protettrice, perchè simili quantità di corrente richieste per la radiografia, sono più che sufficienti per provocare scariche mortali.

E poi, come abbiamo già accennato, va considerato che la fusione del filo di una valvola, per quanto rapidissimo a verificarsi, non è però abbastanza rapido da impedire che la corrente non attraversi l'organismo, sia pure per un tempo brevissimo; anzi la fusione avviene appunto perchè la corrente ha già attraversato l'organismo. Tale mezzo non può quindi chiamarsi di protezione ma solamente di limitazione del tempo in cui la corrente attraversa il corpo della vittima, e non vi è quindi da fare grande affidamento su di esso.

I costruttori si sono dati allora alla ricerca di altri dispositivi più idonei, e sono così stati fabbricati gli interruttori di sicurezza. Questi interruttori sono del tipo di quelli a massima, molto sensibili e graduabili con precisione, ed, inseriti nel circuito primario, sono destinati ad interrompere la corrente primaria non appena la corrente secondaria superi un certo valore prestabilito. Sembrerebbe a tutta prima una ripetizione della valvola a filo fusibile con tutti gli inconvenienti relativi. Senonchè la sensibilità di tali interruttori è stata portata a tal punto che essi possono scattare, interrompendo la corrente primaria, anche prima che il contatto del corpo con il conduttore si sia stabilito, e cioè quando il corpo, trovandosi nella zona di influenza dell'alta tensione, provoca solo un effluvio copioso, e quindi prima che si verifichi la scarica a scintilla od a fiamma.

(*Continua*).

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

VI Congresso Internazionale degli Infortuni e delle Malattie del lavoro.

(Ginevra, 3-8 agosto 1931).

Congresso folto di intervenuti (oltre 500 su 632 inscritti) fra cui gli italiani erano in predominanza, anche per il numero delle comunicazioni (oltre 70); tre italiani figuravano anche come relatori ufficiali (Devoto, Diez, Tovo). Purtroppo, però, i nostri connazionali (al contrario, per esempio, dei tedeschi che sono sempre di una assiduità esemplare) disertano spesso le sedute anche quando l'ordine del giorno porta inscritti oratori italiani; questi, però, furono sempre ascoltati, apprezzati ed applauditi dagli uditori stranieri.

Scarsa l'attenzione della stampa locale; gli smilzi giornali ginevrini non parlavano affatto del Congresso o vi dedicavano magri resoconti, quasi quanto per la riunione dei medici omeopatici che si teneva in quei giorni. Si comprende, del resto, tale scarso interessamento in una città sede di tanti congressi e riunioni (oltre 50 in quest'anno fino ad ottobre).

Poche, salvo per alcuni argomenti, le discussioni suscitate dalla lettura delle relazioni. Eccellente l'organizzazione, di cui era massima parte il dott. L. CAROZZI che, con i suoi collaboratori e gli ottimi interpreti, si prodigò per la buona riuscita. Gli italiani facevano capo alla loro Delegazione diretta dal sen. Bonardi, dal prof. D'Alessandria e dal dott. Marsili. Molto utile, per seguire bene i lavori, è stata la pubblicazione di un volume distribuito a tutti i congressisti, con le conclusioni di tutte le relazioni e di alcune comunicazioni tradotte nelle lingue ufficiali del congresso.

L'inaugurazione ha avuto luogo al « Victoria Hall », con sette discorsi ufficiali, uno dei quali tenuto dal prof. DEVOTO, in qualità di Presidente della Commissione internazionale permanente per le malattie del lavoro. I lavori si svolsero con impareggiabile ordine in due sezioni distinte, malattie del lavoro ed infortuni, con due sedute in comune. Riferirò molto brevemente sui soli temi di relazione.

I. Malattie del lavoro.

Le affezioni cutanee in rapporto col lavoro. (Seduta in comune).

PROSSER WITHE ha sottolineato la difficoltà di distinguere le comuni lesioni cutanee da quelle prodotte dal lavoro e ritiene che non si debba esagerare sul concetto di anafilassi e di allergia, le quali vanno interpretate più alla luce di fatti fisico-chimici che di quelli biochimici. OPPENHEIM, che ha accompagnato il suo rapporto con numerose proiezioni di lesioni cutanee industriali, divide queste in otto gruppi, in alcuni dei quali predomina il fattore irritativo locale, in altri la sensibilizzazione, in altri infine la disposizione. Il precisarne l'origine può essere assai difficile, trattandosi di questioni complesse; ad ogni modo, è necessario stabilire bene la causa per potere attuare la profilassi e la cura e dare il debito indennizzo. KOELSCH ritiene che le forme acute siano indennizzabili al pari dell'in-

fortunio; il problema è più difficile per l'eczema cronico, per il quale si dovrebbe concedere l'indennizzo nelle forme che durano da almeno 6 mesi.

Fra le comunicazioni, citiamo quella di RAMEL (che ammette come necessario un trauma perchè si sviluppi l'azione sensibilizzante ed accenna a tentativi di vaccinazione desensibilizzante) e di BETTAZZI (che dimostra con preparati istologici il passaggio dalla dermatite al cancro da catrame).

La patologia del cemento e delle pietre artificiali.

AGASSE LAFONT studia l'azione dei diversi materiali e riconosce che, per i progressi tecnici adottati, l'industria del cemento ha quasi raggiunta la innocuità, mentre per quella delle pietre artificiali, vi è la possibilità di danni per l'uso di materiali tossici.

VAN BEMMEL riconosce che i danni provocati dalla polvere di cemento sono lievi e che la protezione non va fatta con misure individuali quanto con metodi razionali di lavoro.

GLIBERT e collaboratori hanno compiuto un'inchiesta sulle condizioni dei lavoratori del cemento, trovando che in essi le lesioni respiratorie si trovano con frequenza del 41 %.

JÖTTEN osserva che l'inalazione di polvere di cemento provoca soltanto un aumento delle malattie respiratorie a breve durata, specialmente della bronchite; la tubercolosi polmonare non è in aumento, le pneumoconiosi (a tipo radiologico del tutto differente dalla silicosi) si trova soltanto in un piccolo numero e dopo lunghi anni di lavoro.

Altri hanno accennato alle lesioni cutanee ed a quelle corneali e congiuntivali provocate dal cemento.

Argomento ancora molto controverso e che abbisogna di ulteriori studii è quello della *recettività dell'organismo alle sostanze tossiche utilizzate nell'industria*. DEVOTO osserva che, mentre vi sono da un lato degli individui che stanno a lungo in contatto con veleni senza risentirne disturbi e vi son dei veri portatori sani di mercurio e di piombo, ve ne sono altri in cui l'intossicazione professionale si manifesta molto per tempo. Il problema va studiato a fondo e con la raccolta metodica di elementi ed in collaborazione fra il medico, il chimico, il tecnico e l'operaio.

DI MAURO sottolinea l'importanza della selezione dell'operaio e la necessità di misure profilattiche.

GELMANN, occupandosi soprattutto dell'azione del benzolo, mette in rilievo le diverse condizioni che costituiscono una predisposizione al benzolismo (sesso femminile, condizioni di anemia, ecc.); da ciò la necessità di un'adatta scelta dell'operaio, il quale deve seguire un congruo tenore di vita.

LÖWY studia particolarmente la sensibilità della donna, specialmente in certi periodi della vita (pubertà, mestruazione, gravidanza, ecc.), sensibilità che è maggiore che per l'uomo.

Secondo TELEKY, nella maggior parte dei casi non si tratta di diversità di predisposizione ma di *diversità di esposizione*. Incriminare la predisposizione significa sviare l'attenzione dal problema principale e che deve essere quello di migliorare l'igiene industriale. Essenziale è soprattutto la protezione della donna e dei giovani. Del resto si osserva che si viene acquistando ereditariamente una certa tolleranza per i veleni industriali, da ciò l'utilità di creare una vera *stirpe* di operai.

Su questo argomento sono state moltissime le comunicazioni, fra cui quelle di RANELLETTI, ALLODI, VIGLIANI, ecc.

Vivacissime e prolungate discussioni hanno provocato le relazioni sulla *fatica*, durante le quali si è avuta anche come presidentessa una donna, la sig.ra EMMA WARD (Stati Uniti). Sul tema hanno riferito ATZIER (la comunicazione è stata letta perchè il relatore era assente), DILL (Stati Uniti), TERUOKA (Giappone) e VERNON (Gran Bretagna), alcuni portando delle idee piuttosto vaghe, altri, al contrario, insistendo eccessivamente sullo studio di particolari fenomeni. In complesso, se lo studio del lavoro appare abbastanza avanzato dal punto di vista fisiologico, è appena abbozzato da quello patologico. Soprattutto importante è lo stabilire la *soglia* della fatica, ciò che può essere fatto, p. es., per l'organo visivo, ma che ben lungi dall'essere definito per la fatica generale. Particolarmente erronea si dimostra la misura della fatica basandosi sulla semplice misura dinamometrica in chilogrammetri. Bisogna addirittura incominciare dallo stabilire un'esatta nomenclatura e la corrispondenza dei termini nelle varie lingue. La soluzione di questo problema ci appare molto lontana.

Anche su questo argomento numerose e significative sono state le comunicazioni degli italiani (CACCURI, PIGNATARI, ecc.).

II. Infortuni del lavoro.

Utilizzo per questa parte gli appunti gentilmente favoritimi dal prof. DIEZ, che vivamente ringrazio.

Influenza dello stato anteriore nelle sequele degli infortuni e delle malattie da lavoro (Seduta in comune delle due sezioni). La *vexata quaestio* era già stata trattata nel Congresso internazionale tenutosi a Roma nel 1909 ed in quello nazionale più recente a Venezia. Il Tovo sviscerò magistralmente tutti i lati del problema, facendo una esauriente classificazione delle varie forme di intervento di concause nelle conseguenze degli infortunii e concludendo per l'applicazione del così detto sistema proporzionalistico nella valutazione del danno specialmente nel concorso di invalidità. Erano correlatori il POMETTA (Svizzera) ed il MOLINEUS (Germania). Il primo illustrò in special modo l'art. 91 della legge svizzera che prescrive che si devono diminuire congruamente le indennità quando esista concorso di stati morbosi anteriore. Dopo una comunicazione di DIEZ che svolse una tesi contraria all'adozione del testo di questo articolo perchè non risponde ai principii giuridici che regolano in Italia, nel diritto penale ed in quello civile, la questione delle concause e dimostrò che una retta concezione medico-legale di queste porta all'adozione del sistema proporzionalistico propugnato dal Tovo, il Congresso respinse la proposta fatta dal prof. Juillard, Presidente del Comitato, di votare risoluzioni sulla controversa questione.

Sull'argomento parlarono anche BIONDI e PROSPERI.

Le altre due relazioni concernevano argomenti esclusivamente medici.

La prima riguardava le *malattie traumatiche delle vene*. DIEZ, relatore per l'Italia, trattò dei rapporti etio-patogenetici fra sforzo e varici, dimostrando (in base a sue ricerche personali ed alle cognizioni fisiologiche sull'influenza dello sforzo sulla pressione venosa e sulle sue variazioni) che gli sforzi non possono determinare in individui normali lo sviluppo delle varici. I relatori francesi IMBERT e COTTALORDA parlarono rispettivamente delle *trombo-flebiti traumatiche* e delle *trombosi da sforzo*, ma più che il lato etiopatogenetico che maggiormente interessa gli infortunisti, trattarono dell'anatomia patologica, della sintomatologia e della terapia delle flebiti e delle trombosi. Sull'argomento fecero interessanti comunicazioni, corredate da proiezioni, ANGLESIO, e MARANGONI entrambi dirigenti riparti chirurgici della Cassa Nazionale Infortuni e parlò il BIONDI.

L'ultima relazione riguardava le *lesioni traumatiche del rachide* e fu svolta dallo svedese KERMANN, dal tedesco MAGNUS, con numerose ed interessanti proiezioni e dai francesi FAUQUEZ e MICHEL. Il CROUZON, di Parigi, trattò dei postumi neurologici. Tutte le relazioni, però, per quanto pregevoli ed interessanti, specie dal lato traumatologico, hanno trascurato di esaminare le lesioni della colonna vertebrale, che chiameremo *sine materia*, le quali più che le altre presentano speciale interesse per gli infortunisti per le gravi questioni circa la simulazione e la pretestazione a cui danno origine. Sull'argomento portarono preziosi contributi illustrati ampiamente con tavole e radiogrammi, due chirurghi della Cassa Nazionale Infortuni, MARANGONI di Padova e SERRA dell'Ospedale Mussolini di Bologna, nonchè ETTORE di Milano e SEGRE di Torino.

Impossibile parlare degli argomenti trattati nelle comunicazioni libere, molti dei quali svolti da italiani, fra cui CIAMPOLINI, PROSPERI, CASATI, DOMENICHINI, STELLARIO GREGORIO, ROMANELLI, ecc. Molto ammirata ed opportuna la mostra radiografica della Cassa Nazionale Infortuni, illustrata da un opuscolo in lingua italiana e francese, redatto a cura del Consulente capo prof. D'ALESSANDRIA.

Si può osservare che, in questo come nei precedenti Congressi, prevalse un indirizzo forse troppo traumatologico, perdendosi di vista (non certo per colpa dei relatori italiani che nella trattazione dei loro temi seguirono le gloriose trattazioni della infortunistica del nostro Paese) le vere finalità di questi Congressi che non debbono essere un duplicato di quelli di traumatologia pura. *fil.*

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 29 luglio 1931.

Presidente: Prof. A. FERRATA.

Analisi delle sostanze grasse del siero e di alcuni tessuti in un caso di nefrosi lipoidea.

PELLEGRINI. — Sono riferiti i dati forniti dall'analisi chimica delle diverse frazioni lipiniche del sangue e di alcuni tessuti in un caso di nefrosi lipoidea. Sono discussi alcuni punti di vista espressi a proposito della genesi delle alterazioni del ricambio dei grassi nella nefrosi lipoidea.

Il filtrato glomerurale nello studio delle funzioni renali in condizioni patologiche.

GAVAZZENI M. — L'O., dopo aver riferito ed in parte discusso quanto venne recentemente proposto e rilevato intorno alla funzionalità renale e al filtrato glomerulare, riporta i dati ottenuti personalmente in alcuni casi di nefropatie.

A. FIESCHI e M. GAVAZZENI riferiscono *sull'ematinemia in rapporto col ricambio emoglobinico.*

Considerazioni sopra alcuni casi di calcolosi dell'uretere.

E. GIOJA. — Su 2790 malati ricoverati e su circa 2000 interventi eseguiti nei due principali comparti della Clinica chirurgica di Pavia nell'ultimo quadriennio, sono stati osservati 17 casi di calcolosi renale, 9 di calcolosi vescicale, 10 di calcolosi ureterale, dei quali 7 operati e guariti.

Sei di tali intervenuti furono personalmente eseguiti dall'O., che si sofferma in particolare su due di essi. In uno coesisteva un calcolo nel rene adelfo, al quale, da altri sanitari, si attribuivano le coliche verificatesi dal lato opposto. Senonchè ulteriori indagini misero in chiaro l'esistenza di un calcoletto incuneato nell'uretere pelvico, dallo stesso lato ove avevano insorgenza le coliche.

In un primo intervento (ureterotomia pelvica sottoperitoneale) il calcolo, snidato dalla sua nicchia, risalì, a traverso il canale, assai dilatato, nel rene, donde fu poscia espulso spontaneamente con una colica efficace.

Con un secondo intervento (pielolitotomia) si estrasse il calcolo renale del lato opposto. La malata guarì perfettamente.

In un secondo caso la calcolosi dell'uretere aveva provocato una grave idropionefrosi con perinefrite e periureterite sclerosante così diffusa e tenace che si dovette di necessità demolire il rene, rinunciando all'estrazione del calcolo. Anche in questo caso l'operazione ebbe esito felice.

L'O. aggiunge considerazioni di indole patologica e clinica sopra questa malattia.

E. GIOJA espone alcuni *appunti di chirurgia toracica.*

P. OTTONELLO riferisce *sull'innervazione motoria delle fibre muscolari striate nell'uomo.*

Seduta del 31 luglio 1931.

Presidente: A. FERRATA.

Le lipoidosi generali.

G. DI GUGLIELMO. — L'O. illustra un caso di morbo di Gaucher in una bambina di 16 mesi, diagnosticato con biopsia della milza e del midollo osseo, e lo classifica tra le lipoidosi generali, delle quali distingue tre tipi principali: la lipoidosi cerebrosidica o morbo di Gaucher, la lipoidosi fosfatidica o morbo di Niemann-Pick e la colesterinica o morbo di Schüller-Christian.

L'O. dimostra per la prima volta la presenza nel sangue periferico della cellula di Gaucher che finora, per quanto diligentemente ricercata, non era stata mai osservata da tutti coloro che hanno studiata la malattia. Pur facendo delle riserve, trattandosi di un solo caso, l'O. mette in rilievo l'importanza di questo nuovo reperto ematico che — se sarà confermato — potrà rendere assai più semplice e facile la diagnosi di morbo di Gaucher.

Sulla spirochetosi ittero-emorragica.

G. CALLERIO. — L'O. descrive due casi di spirochetosi ittero-emorragica: il primo con sintomatologia clinica caratteristica e con esito positivo della prova biologica nelle cavie, il secondo con i segni di una meningite acuta. Entrambi i casi ebbero esito favorevole.

La flora batterica del liquido duodenale.

G. CALLERIO. — L'O. ha eseguito delle indagini batteriologiche sul liquido duodenale estratto con sondina di Einhorn in 39 individui affetti da svariate forme morbose ed ha potuto osservare che i germi che si riscontrano con maggior frequenza ed in più gran numero sono lo streptococco del duodeno, lo stafilococco aureo ed il bacterium coli: di questi germi, mentre lo streptococco del duodeno pare si trovi indifferentemente nelle diverse malattie, lo stafilococco aureo ed il bacterium coli si sono riscontrati con una certa costanza in particolari forme morbose quali angiocoliti ed itteri infettivi.

Di una particolare forma di mielosi globale aplastica.

P. MOLTENI. — L'O. descrive una grave forma di emopatia in un bambino di 6 anni, che può considerarsi una variante della mielosi globale aplastica, dalla quale si differenzia per le oscillazioni del decorso clinico, del quadro ematico e dei reperti istopatologici del midollo e che rende ragione di alcune forme a decorso molto lungo che si possono osservare nell'adulto.

I linfosarcomi nell'età infantile.

P. MOLTENI. — L'O. descrive due casi di linfosarcomi; in un caso si trattava di un linfosarcoma primitivo del mediastino in un bambino di 5 anni, di probabile origine ghiandolare; nell'altro caso, osservato in un bambino della stessa età, il tumore ebbe punto di partenza dall'intestino cieco.

Le reazioni perifocali e la spleno-polmonite tubercolare di Grancher.

Dott. P. MOLTENI e dott. V. ROSSI. — Gli OO. descrivono un caso di reazione perifocale recidivante che si è sempre presentata con le caratteristiche cliniche della classica spleno-polmonite di Grancher.

Dallo studio comparativo di questa osservazione con due altri casi di pneumonite caseosa, controllati necroscopicamente, gli OO. concludono, in netto contrasto con le vedute di Eliasberg e Neuland, che in un primo tempo i due quadri clinici sono perfettamente sovrapponibili.

Sono d'avviso che la spleno-polmonite di Grancher, per quanto rivesta le caratteristiche istopatologiche (congestizio-essudative) delle reazioni perifocali, abbia diritto, per la sua fisionomia clinica, ad una inquadratura nosografica a sè.

Rivendicano inoltre questa denominazione contro il termine « infiltrazione epitubercolare » perchè giudicano in proprio l'attributo epitubercolare per indicare una forma morbosa che, in armonia alle vedute più recenti, ritengono di origine esclusivamente specifico-tossica in un organismo iper-ergico (allergia secondaria di Ranke).

Mielosi aplastiche sperimentali e patologiche.

A. BASERGA. — L'O. ha potuto studiare istopatologicamente un caso di mielosi globale aplastica umana e molti casi di aplasia midollare di vario grado provocate sperimentalmente col benzolo o con raggi X. Tale studio lo ha portato a confermare che le ultime cellule rimaste nei midolli aplasici non sono linfociti, come vuole la teoria classica di Askanazy, Schilling, ecc., ma appartengono al reticolo-endotelio come ha sostenuto per primo Di Guglielmo.

Egli ha potuto confermare tali vedute anche con ulteriori ricerche. In animali intossicati con benzolo in cui produsse forte emolisi con fenilidrazina, senza che ne seguissero fenomeni rigenerativi dei globuli rossi, dando così la prova funzionale dell'aplasia midollare raggiunta, ha trovato tali elementi in intensa funzione fagocitaria, come finora aveva dimostrato in un solo caso l'Introzzi.

L'importanza diagnostica e prognostica della prova dell'iperglicemia alimentare.

G. M. CASTOLDI. — L'O. ha studiato il comportamento della curva di reazione glicemica in vari stati morbosi ed è giunto alla conclusione che la prova dell'iperglicemia alimentare può riuscire utile per la diagnosi differenziale specialmente tra le affezioni epatiche in genere, il diabete mellito e gli stati paradiabetici, ottenendosi curve con caratteristiche tipiche per ognuno dei tre gruppi morbosi suddetti.

Ricerche sperimentali sull'azione dell'ergosterina irradiata.

P. FRASCHINI. — L'O., in base a esperienze condotte su conigli, è arrivato alle seguenti conclusioni preliminari: 1) Alle somministrazioni di dosi eccessive d'E. I., animali adulti ed animali giovani reagiscono in modo diverso. Mentre infatti il coniglio adulto, pur tollerando dosi sempre molto alte, soccombe per dosi eccessive di E. I., presentando gravi alterazioni degli organi (calcificazioni eterotopiche), il coniglio giovane resiste lungamente alla somministrazione di dosi elevate (20 mmg. per Kg. e pro die) e tali dosi inducono alterazioni, non gravi, costantemente solo nel rene. 2) La somministrazione di dosi subtossiche d'E. I. crea nel coniglio uno stato di ipersensibilità a dosi tossiche.

Ricerche sperimentali sul meccanismo d'azione del pneumotorace artificiale.

P. DE FILIPPI. — L'O. ha studiato il meccanismo di azione del pneumotorace artificiale usando come animale da esperimento il coniglio, praticando in alcuni casi contemporaneamente la colorazione vitale. In queste preliminari ricerche ha osservato che nel polmone collassato senza colorazione vitale si ha una proliferazione di elementi rotondeggianti nei setti, nelle pareti degli alveoli e presenza di cellule rotonde con ampio protoplasma libere nella cavità alveolare. Questi elementi negli animali colorati vitalmente mostrano spiccata azione granulo-pessica.

L'inversione nucleare o segno di Velez nella tubercolosi polmonare.

C. UGGERI. — L'O. ha esaminato 20 casi di tubercolosi polmonare avanzata ed ha osservato essere in questi frequente ma non costante il segno di Velez. Dei tre casi in cui tale segno era assente, due ebbero in seguito andamento notevolmente favorevole.

Il Segretario: P. INTROZZI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

La sistematizzazione dell'esame delle urine fresche. L'uro-sedimento fresco.

Una vecchia tradizione ha consacrato l'impiego per l'analisi dell'urina di 24 ore. Quest'uso è particolarmente giustificato dallo studio di un gran numero di disturbi degli scambi nutritivi. Ma più spesso noi abbiamo bisogno dell'esame delle urine fresche, cioè di urine esaminate dopo un lasso di tempo dall'emissione quanto più è possibile breve.

Fra i motivi che giustificano questo esame, H. Paillard (*Presse Méd.*, 13 maggio 1931) ricorda i quattro seguenti:

1) La necessità di eseguire gli esami batteriologici estemporaneamente su urine da poco emesse e raccolte in recipiente sterile;

2) La fragilità dei cilindri epiteliali e granulosi;

3) Le modificazioni profonde che il raffreddamento e l'invecchiamento provocano nei cristalli urinarî, modificazioni dovute essenzialmente a precipitazioni secondarie che spesso mascherano la presenza dei cristalli iniziali, preformati nelle vie urinarie;

4) La necessità di eseguire la misura del pH urinario su un campione di urine fresche.

C. TOSCANO.

Valore quantitativo delle prove di Gerhardt e di Legal per la determinazione dei composti acetonici.

Date le conseguenze gravi delle perturbazioni dell'equilibrio acido-base del sangue, che si annunciano con la presenza dell'acetone e dell'acido diacetico nelle urine, è importante conoscere il valore quantitativo da assegnare alle reazioni più comunemente usate per dimostrare la presenza nelle urine di queste sostanze.

A. Escudero (*Rivista Medica Latino-Americana*, marzo 1931), eseguendo la determinazione quantitativa nelle urine dell'acetone, dell'acido diacetico e dell'acido β-ossibutirrico con la variante del metodo di Schaffer e Mariot proposta da Pincussen, ha potuto concludere:

1) che la reazione di Legal nelle urine è positiva quando la somma dell'acetone e dell'acido diacetico è maggiore di gr. 0.25 ‰;

2) che la reazione di Gerhardt nelle urine è positiva quando la quantità di acido diacetico è maggiore di gr. 0.20 ‰.

C. TOSCANO.

CASISTICA E TERAPIA.

Criteri diagnostici nella febbre esantematica.

Secondo Olmer (*Marseille-médical*, anno 67°, n. 3) si dovranno tener presenti i seguenti due ordini di fatti.

Clinicamente, si trovano i grandi elementi sintomatologici: eruzione maculo-papulosa, che si estende non soltanto sul tronco e sugli arti, ma anche alla faccia, alla palma delle mani ed alla pianta dei piedi; escara di inoculazione o « macchia nera »; evoluzione caratteristica ciclica, con ascensione termica abbastanza brusca, che raggiunge i 40° in 2-3 giorni, si mantiene attorno a tale temperatura per circa 12 giorni per ritornare in 2-3 giorni alla normale; evoluzione che si fa quasi sempre verso la guarigione, sebbene la malattia possa avere delle forme più gravi.

Sperimentalmente, si devono anzitutto eliminare (emocultura e sierodiagnosi) le infezioni eberthiane; si farà sempre la prova di Weil-Félix (nella convalescenza si osservano talora risultati positivi) e, specialmente nelle forme atipiche, non si mancherà di fare una inoculazione del sangue del malato nel peritoneo della cavia, che è sempre negativa nella febbre esantematica, mentre è spesso positiva nel tifo esantematico. Quando si tratti di uno studio scientifico della malattia, non si deve trascurare l'inoculazione del sangue nella scimmia; l'A. ha dimostrato che la scimmia immunizzata contro la febbre esantematica non lo è contro una iniezione ulteriore di sangue di un malato affetto da tifo esantematico.

fil.

Emorragie e alterazioni della coagulazione sanguigna nella febbre tifoidea.

Secondo P. Emile-Weil e R. Lévy nella maggior parte dei casi le emorragie intestinali che si verificano nella febbre tifoidea sono legate ad uno stato emogenico costituzionale o insorto in conseguenza dell'infezione tifoidea.

A. M. Bonanno (*Arch. di Patol. e Cl. Medica*, febbraio 1931) ha studiato in 29 casi di tifo addominale i differenti fattori che caratterizzano la coagulazione sanguigna, arrivando alle conclusioni seguenti:

1) l'infezione tifoidea determina modificazioni emoplasmatiche: nella maggioranza dei casi diminuzione del tasso delle piastrine, più accentuata nell'acme della malattia, e ritorno quasi al normale durante la convalescenza; in minor numero di casi prolungamento del tempo di coagulazione e di emorragia; in rari casi si osserva la prova del laccio positiva e ritardo della retrattilità del coagulo; molto frequente è ancora la presenza di cellule endoteliali, specialmente dopo stropiccio;

2) le manifestazioni emorragiche nel corso della febbre tifoidea, e specialmente le emorragie intestinali, devono mettersi in rapporto principalmente colle alterazioni anatomiche che l'infezione determina; esse sono senza dubbio favorite dalle speciali condizioni emo-

plasmatiche che si stabiliscono in conseguenza dell'infezione stessa nell'individuo tifoso, e aggravate da eventuali preesistenti fattori costituzionali di diatesi emorragica.

C. TOSCANO.

Sulla cura della febbre ondulante.

Rudnew e Krumberg (*Arch. f. Schiffs- und Tropen-Hygien*, Bd. 35, H. 2, 1931) riferiscono brevemente delle prime osservazioni fatte sul decorso della febbre maltese nel Caucaso del nord, dal 1925 in poi: citano 3 casi di pazienti, affetti da questa infermità, e ricoverati nella Clinica di Stato di Rostow, e passano infine a discuterne la terapia.

Fu dapprima tentata l'autoemoterapia, associata al Rivanol, senza nessun risultato positivo; anche l'Osaesol e le iniezioni di ac. carbonico furono senza effetto.

Si pensò allora di ricorrere alla radioterapia, partendo dal concetto che l'agente dell'infezione dovesse essere innicchiato nella milza, e che questo organo dovesse essere irradiato.

Sin dalle prime applicazioni la temperatura cominciò a scendere, le oscillazioni febbrili si attenuarono, e si ebbe un miglioramento delle condizioni generali: infatti i dolori articolari, le crisi febbrili, i brividi cessarono.

Dopo un certo tempo dalla loro uscita dalla Clinica, tutti i malati seguitavano ancora a godere ottima salute.

Anche un caso di infezione da Bang ha migliorato con la radioterapia.

L'esiguo numero dei malati così trattati e la brevità del controllo non permettono ancora agli AA. di dare un giudizio definitivo che si annuncia però sin da adesso, favorevole. Minuti particolari sulla tecnica delle irradiazioni saranno dati da radiologi della clinica.

V. SERRA.

Sulle infezioni umane da B. suipestifer.

Nel breve corso di tre anni E. Boller dell'Istituto d'igiene dell'Università di Zurigo, ha isolato, in 9 differenti gruppi di malattie umane, per ben 14 volte (6 dalle feci, 4 dalla carne, 1 dal sangue, milza, bile, essudato pleurico) bacilli del gruppo del paratifo, che dopo le opportune ricerche sierologiche e culturali furono classificati come *B. suipestifer*.

Sulla base delle ricerche batterio-sierologiche e del decorso clinico della malattia, in tutti questi casi il *B. suipestifer* era da considerarsi come l'agente causale della malattia.

Appare quindi evidente, nei casi dubbi o non chiari di paratifo-enterite, la necesstà, per la diagnosi, di una prova di agglutinazione, oltre che col siero anti-paratifo, anche col siero anti *suipestifer*.

G. LA CAVA.

Il siero antipneumococcico concentrato nella polmonite lobare.

R. Armstrong e S. Johnson (*British med. journ.*, 25 aprile 1931) hanno trattato un caso di polmonite in un giovane, in cui la malattia si era presentata con un quadro addominale (dolore al quadrante superiore sinistro e febbre) per cui si praticò una laparotomia, che diede esito negativo. In seguito, si manifestarono i segni di polmonite acuta. Reperto del tipo I di pneumococco (fatto in 24 ore col metodo rapido descritto da Armstrong, in *British med. journ.*, 7 febbr. 1931). Condizioni del paziente quasi disperate. Iniezione endovenosa di 20 cmc. di siero antipneumococcico I, concentrato.

Dopo 12 ore, miglioramento notevole; ulteriore iniezione del siero seguìta, questa volta, da copiosi sudori. Miglioramento progressivo. In seguito, però, si ebbero fenomeni di insufficienza cardiaca, per cui il paziente venne a morte.

Dagli esami clinici e dai reperti di autopsia, risulta che (a parte l'esito fatale dovuto ai fenomeni cardiaci) il decorso del caso è stato favorevolmente influenzato dalle iniezioni di siero e si può ritenere che il processo consueto dell'infiammazione sia stato notevolmente abbreviato dal siero stesso facendo abortire la malattia. L'esame necroscopico dimostrò che la risoluzione del processo era quasi completa già al quinto giorno di malattia.

fil.

La polmonite lobare del I tipo curata con l'anticorpo pneumococcico concentrato di Felton.

Stabilito nello spazio di 6 ore, con speciale metodo, il tipo di pneumococco esistente nello sputo del polmonitico, si procede alla sieroterapia con siero concentrato speciale, preparato da Felton e contenente 2000-6000 unità per cent. cubico contro il tipo I e 2000-3000 contro il tipo II. La quantità totale da iniettare sarebbe di 50.000-100.000 unità, nello spazio di 24 ore.

Secondo le statistiche di W. D. Sutliff e M. Finland (*Jour. A. M. A.*, 2 maggio 1931) la mortalità si ridurrebbe, con tale trattamento, di oltre il 10 %, e in molti casi si avrebbe la crisi nei primi 3 giorni.

L'efficacia della sieroterapia è però limitata ai primi 4 giorni di malattia. M. FABERI.

Tipi di pneumococco in rapporto colla malattia.

J. T. Smeall (*The British Medic. Journ.*, 18 aprile 1931) ha coltivato 150 volte il pneumococco da svariate lesioni. I pneumococchi isolati dall'occhio, dal naso e dai seni accessori erano quasi tutti del tipo IV, In 24 casi di meningite pneumococcica, un terzo dei casi era da diffusione dell'infezione dall'orec-

chio medio e dalla mastoide e il tipo prevalente di pneumococco è stato il III.

In 5 casi di meningite consecutiva a polmonite lobare, una volta c'era il tipo I e 4 volte il tipo II. Su 4 casi di meningite da frattura del cranio fu trovato in un caso il tipo I e in 3 il tipo IV. In un caso di osteomielite della colonna vertebrale con meningite fu isolato pneumococco del tipo III dal liquor in vita e lo stesso tipo di pneumococco fu isolato dopo la morte dal focolaio di osteomielite.

Furono studiati 60 casi di polmonite lobare, sia coll'emocultura, sia colla cultura dell'espettorato, sia colla cultura del tessuto polmonare dopo la morte e si trovò nel 20 % dei casi il tipo I, nel 58,3 % il II, in nessun caso il III e nel 21,7 % il IV. Poichè ad Edimburgo, dove fu fatto questo lavoro, 5 anni fa il tipo preponderante nella polmonite era il tipo I, si deve ammettere che nella preponderanza dei vari tipi ci sono di tanto in tanto delle variazioni.

L'esame di nove casi di broncopolmonite ha dimostrato due volte il pneumococco tipo III, che non era mai stato trovato nelle forme di polmonite lobare.

Su 21 casi di empiema si ebbe nel 66,6 % il tipo I, nel 4.8 % il II, pure nel 4,8 % il III e nel 23,8 % il IV.

In tre casi di endocardite fu isolato dall'endocardio il pneumococco e questo apparteneva una volta al tipo I e due volte al IV.

R. LUSENA.

Contributo alla conoscenza dell'erisipeloide.

Balbi (*Dermosifilografo*, 1931, n. 2) avendo avuto occasione di osservare cinque casi di erisipeloide dei quali dà la descrizione clinica coglie l'occasione per riassumere le conoscenze attuali su questa affezione, descritta per la prima volta dal Rosenbach (1887). L'agente etiologico, bacillo di Löffler, sarebbe da identificare con quello del mal rosso dei suini, e con quello della setticemia dei topi. Le lievi differenze morfologiche e culturali presentate dai tre microrganismi non devono far ammettere che si tratti di tre microbi affini; il microrganismo sarebbe unico ma si modificherebbe adattandosi ai diversi substrati.

Le lesioni cutanee sono rappresentate da chiazze più o meno estese, leggermente sollevate sul piano cutaneo, di colorito rosso-bluastro, dolenti alla pressione, poste su le dita delle mani, per lo più in rapporto con soluzioni di continuo che rappresentano la porta di entrata del virus. Il contagio si ha per lo più per contatto con suini affetti da mal rossino.

Balbi nei suoi casi ha ottenuto un'intradermoreazione positiva, usando una sospensione di bacilli di Löffler uccisi al calore. La possibilità di questa prova biologica era stata sinora fissata soltanto nell'erisipeloide sperimentale dei conigli.

MONACELLI.

Recenti trattamenti dell'eresipela.

S. Platon (*Journ. amer. med. Ass.*, 5 luglio 1930) riporta le osservazioni fatte su 402 casi di eresipela trattati con i metodi seguenti:

1) solfato di magnesia e glicerina; 2) raggi X; 3) raggi ultravioletti; 4) siero antistreptococcico; 5) radioterapia e siero; 6) raggi ultravioletti ed antitossina.

I metodi moderni di trattamento hanno ridotto, secondo l'A., la mortalità per eresipela di circa il 44 %.

I casi trattati con i raggi X e con quelli ultravioletti diedero risultati immediati molto soddisfacenti. La scomparsa dell'infiammazione locale ed il ritorno alla temperatura locale si ebbero 3-4 giorni prima che nei casi curati con il solfato di magnesia e la glicerina.

I raggi ultravioletti diedero un arresto dell'evoluzione fino dal primo trattamento nel 40 per cento.

Le irradiazioni associate alla sieroterapia antitossica ridussero pure la durata totale.

In modo generale, si può dire che i modi di trattamento influenzano nettamente la prognosi globale dell'eresipela. L'A. dà la preferenza ai raggi ultravioletti che sono applicabili, si può dire, dovunque, sono inoffensivi ed esigono, generalmente, una sola applicazione.

fil.

Nell' eresipela.

L. Hallay (*Münch. med. Wochens.*, 17 aprile 1931) ha trovato giovamento con l'uso del bicarbonato di sodio che viene spolverato mattina e sera sulla lesione eresipelatosa. In tre casi che riferisce ha ottenuto un buon successo. Il metodo gli è stato suggerito dai vantaggi che si ottengono con analogo trattamento nelle ustioni recenti di primo grado.

Le manifestazioni eresipelatose scompaiono in un paio di giorni.

fil.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Contributo allo studio della patogenesi delle ulcere gastro-duodenali.

Neuman, P. Demoor e Delayers, hanno comunicato alla Società Belga di Biologia (*Cpt. rend. Séance Soc. Biol.*, tome CV, 1930, pag. 887-890-892) i risultati dei loro tentativi sperimentali destinati a chiarire la patogenesi delle ulcere gastro-duodenall, riproducendole sperimentalmente negli animali.

Essi hanno sezionato il duodeno al disotto dell'ampolla di Vater, ed hanno praticato l'abboccamento termino-laterale del moncone duodenale prossimale all'ileo; hanno poi sezionato il duodeno a livello del piloro, evitando di trau-

matizzare il coledoco, ed hanno affondato il moncone pilorico del duodeno, riunendo infine con anastomosi termino-terminale lo stomaco al digiuno prima sezionato.

Grazie a questo intervento, le secrezioni biliari pancreatiche e duodenali passano direttamente nell'ileo e non intervengono nella neutralizzazione del succo gastrico acido quando esso entra nell'intestino.

Sono stati operati 27 cani: dal complesso dei risultati, derivano le seguenti conclusioni:

1) la derivazione del contenuto duodenale nell'ileo, provoca nel cane la comparsa di ulcere del digiuno nella metà dei casi circa.

2) L'intervento provoca, in genere, una perturbazione funzionale considerevole e un denutrimento progressivo, fino alla morte.

3) L'arrivo dei succhi duodenali, biliari e pancreatici nella parte terminale dell'intestino tenue, diminuisce l'attività digestiva di questi agenti e irrita profondamente il tratto di canale intestinale posto a valle dell'anastomosi; onde la diarrea con sangue e muco nelle feci.

4) Il dimagrimento non può essere considerato come fattore determinante dell'ulcera, per una diminuzione della resistenza organica dei soggetti operati; molti di questi sono divenuti cachettici senza per questo, mostrare delle ulcere.

5) Le ulcere sono eccezionalmente uniche, in genere sono multiple (sino a 8 in un caso).

6) Esse hanno macroscopicamente l'aspetto cronico e calloso caratteristico delle ulcere dell'ormone, comunque rapida sia stata la loro comparsa.

7) Le lesioni tipiche sono state trovate sempre nel digiuno.

Concludendo si può affermare che l'abboccamento allo stomaco di una parte dell'intestino tenue, sprovvisto del normale afflusso di succhi duodenali, biliari e pancreatici, provoca la comparsa, nella mucosa di questo tenue, di lesioni trofiche corrosive, che rassomigliano alle ulcere che si osservano nel duodeno dell'uomo.

La presenza dei succhi duodeno-bilio-pancreatici sembra essere indispensabile al mantenimento della buona vitalità delle cellule intestinali, sia per la loro azione alcalinizzante del chimo acido, sia per qualche altra azione non bene conosciuta.

In successive esperienze, destinate a discriminare l'azione di questi varii succhi, gli AA. hanno ottenuto, derivando la bile ed impedendo la sua azione alcalinizzatrice, la comparsa frequente di processi flogistici e di ulcere, in tutto simili a quelle umane del duodeno.

La derivazione, infine, dei succhi duodenali e pancreatici ha provocato la rapidissima comparsa di lesioni irritative del digiuno, che si attenuano in seguito.

Altre ricerche sono in corso. V. SERRA.

VARIA.

I medici e la lingua italiana.

Si fa un gran discorrere, oggi, di affermazioni di italianità, di rivendicazioni nazionali, ma si dimentica troppo spesso che la più efficace manifestazione di nazionalità si trova proprio nella lingua che, invece, mai come in questi tempi è stata tanto sconciata.

Date un'occhiata ad un giornale sportivo e, se non siete della partita o non avete una buona conoscenza dell'inglese, non ci capirete nulla. Accanto al gergo imbarbarito degli sportivi troviamo quelli pure pieni di parole straniere della moda, degli alberghi, dei meccanici e così via.

Ma anche i medici danno un contributo non indifferente a questo larvato servaggio allo straniero, sia adattando malamente i vocaboli stranieri con una falsa desinenza italiana, sia traducendola erroneamente, sia addirittura trasportando di sana pianta i vocaboli o le locuzioni straniere senza nemmeno metterle fra virgolette od in corsivo.

Gli esempi non mancano; basta aprire un giornale od un libro medico per trovarne a josa. Ne riporto alcuni senza citare la fonte per pietà degli autori o degli editori, ma sono tutti documentati. Eccone taluni che stanno ad indicare la più crassa ignoranza: « il tifo nella *grossezza* » (per il tifo nella gravidanza, *grossesse* in francese); la « *durata* dei seni » (per durezza = *dureté*); « i cavalli *gormosi* (per morvosi = *gourmeux* ».

« Travaglia da massone » diceva, alludendo al padre, il figlio di un muratore che lavorava in Francia; gergo scusabile in un ragazzo, sia pur di famiglia italiana ma nato ed allevato in ambiente francese. Ma che dire di un medico che vi scrive: « la puntura di assaggio di un essudato dà luogo », frase nettamente francese? Ancora più « *eclatante* » (per dirla con un altro collega) è l'accenno alla « *rotina terapeutica* », che fa pensare a misteriosi congegni dentati che muovano la terapia.

Di pura marca francese sono anche: « il declino » (per decremento, declinazione), « le piaghe » (per ferite), « il pugnetto » (per polso), bordi e debordare (per margini e sporgere o sorpassare), la « grippe » per influenza e, sembra persino impossibile ma pure lo si vede ogni tanto usato, « morbido » per morboso.

Il massimo inquinamento è dovuto senza dubbio alla lingua francese e se ne comprendono le ragioni. Qualunque italiano si illude di comprendere bene ogni lavoro scritto in francese, salvo naturalmente ad impuntarsi per quei vocaboli che si discostano alquanto dall'italiano o di cui il dizionario (sempre insufficiente per i vocaboli tecnici) non riporta il corrispondente in italiano. Tali vocaboli vengono allora messi con desinenza italiana o

riportati nella lingua originale ed assumono l'aspetto di parole appositamente coniate per indicare quel dato fatto, mentre non sono che l'applicazione ad esso di parole del linguaggio comune. Ed ecco le « *poussées* », il « *débit* » degli urologi, le « *agraffes* », il « *biberon* », il « *cachet* », il « *bistournage* » (che mi venne segnalato dal dott. E. Cartolari) per bitorsione (significa anche castrazione). E che dire del « *bleu* », parola che dall'Italia centrale in giù viene, poi, letta « blé » e corrisponde quindi a grano, frumento? Non abbiamo noi il nostro « turchino » od almeno il « blu »?

Questo malvezzo di usare delle parole straniere direttamente come tali od appiccicandovi alla meno peggio una desinenza italiana, procura anche una cattiva fama alla nostra scienza perchè indica di quanto essa sia debitrice ad altri paesi. Chi legge « curette », « piombaggio » e così via, comprende subito che chi ha introdotto tali strumenti o tali tecniche non è stato un italiano, poichè altrimenti avrebbe dato ad esse un nome chiaramente italiano. E pur di scimmiottare lo straniero, per abbreviare la parola « pneumotorace », pura gloria italiana che nessuno ci contesta, non si esita ad adottare « pnx », abbreviazione ammissibile per altre lingue che uniscono la *x* finale alle due prime lettere, ma che per noi non indica nulla. Troverei più giustificato l'uso di « pnt » (quale viene adottato nella parte redazionale di « Tubercolosi »), unendo cioè le due prime lettere, con la prima della seconda parola.

Alle parole si aggiunge il frasario ed abbiamo: « il microbo che *gioca un ruolo* secondario »; l'azione *vis-à-vis* del bacillo di Koch », « a livello » per dire in corrispondenza e così via.

Meno frequenti ma che tradiscono forse un'ignoranza od una noncuranza maggiore sono le parole trasportate dal tedesco o dall'inglese. C'è proprio bisogno di dire « *hunger-pain* » per dolore da fame od « *Arbeitshypothese* » per ipotesi da lavoro, oppure « *oral sepsis* » per sepsi orale; « *Grenzgebiet* » per zona limite? L'ignoranza dei traduttori si manifesta, per esempio, in « rometacresolo » (chi sa quanto è stato imbarazzato quel traduttore di fronte a quel « roh » che significa grezzo!); nell' « estratto libero azotato », che non significa nulla, invece di dire privo di azoto (Azotfrei), oppure ne « le sostanze amilacee azotate », frase anche essa senza significato, per le « sostanze del gruppo amidico ».

Ancora più divertenti sono gli svarioni per la lingua inglese, che è piuttosto ricca di parole apparentemente simili ad alcune delle nostre, ma di ben diverso significato. Basterà citare, fra gli altri, la « *gum-acacia* » tradotta in acacia, mentre è la nostra gomma arabica, e l'olio di castoro, « *castor-oil* » che è invece l'olio di ricino.

E la lista potrebbe continuare...

Bisogna riconoscere che oggi, meno che mai, è agevole il mantenere la purezza della lingua, con tutto il rimescolìo di razze, con le continue correnti di nuove idee, di nuove abitudini e, quindi, di nuove parole che ci apportano le altre nazioni. D'altra parte, la lingua è un organismo vivo, che non può rimanere rigidamente fissa come vorrebbero certi sorpassati puristi. Come delle squame epiteliali che si sfaldano, muoiono le parole, mentre altre ne vengono introdotte da nuovi modi di vita (lo ha detto Orazio circa venti secoli fa!). Inoltre, è un fatto che talvolta vi sono delle parole che è assai difficile rendere efficacemente in italiano, peggio ancora poi quando la questione è stata pregiudicata dall'uso inconsulto che ne hanno atto i primi che se ne sono occupati.

Ma la forza e la vitalità di un popolo, come di una lingua, si misurano dalla capacità di assimilare, di far proprie e di rendere efficacemente nel proprio linguaggio le parole e le idee di altri. Con un po' di buona volontà si riesce quasi sempre a girare la situazione ed a trovare la parola corrispondente adatta; il non farlo è segno di pigrizia o di sciatterìa e dimostra poco amore e poco rispetto per il proprio Paese. Ed anche gli editori di traduzioni (sia di libri che in giornali) vedano di non affidarle a chi ha soltanto una superficialissima conoscenza della lingua e dell'argomento.

Stiamo lontani da un'eccessiva e ridicola ricercatezza, dal pedante purista che vorrebbe la lingua del trecento: egli è dannoso alla nostra causa quanto il frettoloso scrittore che butta giù le sue idee in un barbaro gergo invece di tradurle nella nostra lingua dignitosa e sonora. Come sempre, *in medio stat virtus*.

A. FILIPPINI.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. M. G. da L.:

Non vi sono in Italia libri riguardanti la medicina militare ed il servizio sanitario militare in pace ed in guerra come ella desidera. Qualche notizia potrà avere nel lavoro di A. CASARINI: « La medicina militare nella leggenda e nella storia », Roma, *Giornale di medicina militare*, 1929, L. 60, in cui vi è un capitolo sui servizi sanitari militari dalla costituzione dell'Unità italiana ad oggi. Veda anche G. BOSCHI: « La guerra e le arti sanitarie ». Mondadori ed. Milano. L. 18. Dalla Scuola di Sanità militare a Firenze potrà ottenere forse le dispense dei corsi che vi si impartiscono.

Come ricettario, le consiglio il « Formulario terapeutico » di E. VENEZIAN, L. Pozzi, ed., Roma, L. 25. *fil.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

La denuncia degli aborti.

G. Massimi (*Il Diritto Pubblico Sanitario*, n. 7, 1931) espone le difficoltà che si incontrano nel riempire i moduli per la denuncia degli aborti forniti dal Prefetto conformi al tipo stabilito dal Ministero dell'Interno, difficoltà pratiche maggiormente avvertite da chi più risente la coscienza del dovere. In detti moduli si chiede:

1) In quale giorno è avvenuto l'aborto. L'ostetrico a rigore non potrà registrarvi che il giorno della sua prima visita o quello del suo intervento operativo per completare l'aborto se questo fu incompleto.

2) Il nome della donna. Se l'ostetrico già conosce la sua cliente la cosa è facile, ma se appositamente si è cercato un medico che non si conosce, questi dovrà attenersi alle risposte che gli vengono date, e non solo per il nome, ma pure per lo stato civile e per il domicilio.

3) Se l'aborto fu spontaneo o provocato. E come potrà un ostetrico rispondere con sicurezza a tale domanda pur tanto importante? Nulla potrà ricavare dall'andamento clinico, identico in ambedue i casi. E se l'ostetrico, per apprezzamenti personali, o da confidenze avute, riesce a sapere che l'aborto fu procurato, può egli, senza averne le prove, dichiararlo per scritto al medico provinciale? Perciò gli ostetrici continueranno a riempire i moduli dichiarando che l'aborto fu spontaneo, perchè non possono fare altro.

4) La legge, e per essa il Medico Provinciale, vuol sapere la causa dell'aborto. Molti aborti denunciati quali spontanei, come si è già detto, sono effettivamente procurati e l'ostetrico non potendo scriverlo per mancanza di prove, dovrà trovare una causa qualunque da registrare sul modulo.

E poi, anche degli aborti spontanei non sempre si conosce la causa; ma per evitare indagini noiose è prudente scriverne una probabile.

A prova di ciò l'A. riporta un caso a lui occorso.

5) Si deve dichiarare anche il nome della levatrice che è ricorsa all'opera dell'ostetrico o chi ha assistito la donna.

Questi fatti non si escludono come forse richiederebbe il modulo; ma nei casi di aborto procurato la levatrice si eclissa prima dell'arrivo del medico. Ed a tal proposito l'A. accenna a circostanze tanto diverse, che male vengono inquadrate nel modulo stesso.

L'A. conclude chiedendo che i moduli per la denuncia degli aborti vengano modificati e che vi sia esplicitamente riconosciuta la facoltà all'ostetrico di lasciare in bianco le risposte che non può dare con tutta sicurezza. Fa osservare inoltre che col riempire quelle schede di denuncia così minuziose, con tutte le incertezze e con i sotterfugi che l'esperienza suggerisce, non si raggiunge alcuno scopo nè alcun dato statistico sicuro.

Un commento redazionale rileva l'interesse delle osservazioni fatte dal dott. Massimi.

Esso fa notare che la denunzia *deve rimanere segreta*. Il medico provinciale non può violare questo obbligo, per qualsiasi motivo. Il nuovo Codice penale riafferma, nell'art. 365, l'eccezione all'obbligo del referto, quando la persona assistita possa essere esposta a procedimento penale.

Per conciliare il dovere giuridico risultante dall'articolo 365 del Codice penale con l'obbligo della denunzia amministrativa, è necessario riconoscere e sopratutto osservare il vincolo del segreto amministrativo, almeno sino a quando per lo stesso fatto non sia presentato referto di delitto per aborto procurato, da chi ne ha il dovere e la responsabilità; cioè sino a quando non risulti positivamente che il provvedimento *non esponga la persona assistita a responsabilità penale*.

Perchè la denunzia degli aborti corrisponda al suo scopo, il modulo dovrà essere riveduto e meglio compilato e contenere le sole indicazioni utili allo scopo e che il sanitario può dare con sicura coscienza.

L'argomento è molto delicato. Le difficoltà pratiche sono avvertite specialmente da coloro che hanno maggiore sensibilità e più forte coscienza del dovere.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ARCO (*Trento*). — Scad. 15 sett.; 2ª condotta; rivolgersi segret. com.

ARIENZO-SAN FELICE (*Napoli*). — Ufficiale sanit.; L. 9500; scad. ore 12 del 30 sett. Per informazioni e chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Ufficio Provinciale Sanitario presso l'Alto Commissario per la Provincia di Napoli.

BARDONECCHIA (*Torino*). — A tutto 10 nov.; L. 9000 per 400 pov.; aumento 50 % in 20 anni; per cavalc. L. 1900; se uff. san. L. 600; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 6 ag.

CASORZO (*Alessandria*). — Scad. 4 nov.; L. 6500 e 4 quinquenni dec., oltre L. 500 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

CASTEL S. PIETRO (*Bologna*). — Scad. 15 sett.; per Montecalderaro.

CHIARI (*Brescia*). — Scad. 14 nov.; L. 9000 oltre L. 3000 trasp., c.-v.; riduz. 12 %; tassa L. 50.

FORLÌ. *Comune*. — Scad. 30 sett.; med. chir. supplente; L. 9000 e 10 bienni ventes., oltre L. 4000 trasp.; ritenuta 12 %; c.v.; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 15 ag.; serv. entro 20 gg.

GENOVA. *Spedali Civili*. — Due assistenti medici; proroga 16 sett., ore 15; L. 4275 oltre indennità L. 8 per ogni guardia diurna e L. 10 per ogni guardia notturna; titoli ed esami; età lim. 30 a. al 20 feb.; tassa L. 50; doc. a 6 mesi dal 25 ag.; rivolgersi segreteria (Ospedale S. Martino).

LAMPEDUSA e LINOSA (*Agrigento*). — Scad. 10 ott.; per fraz. Lampedusa; L. 8000 e 4 quadrienni decimo.

LA SPEZIA. *R. Prefettura*. — Scad. 30 sett.; uff. san. di Vezzano Ligure.

LIVIGNO (*Sondrio*). — Stipendio L. 10.000. Indennità di cavalcatura L. 3500. Id. di trasferta L. 1000. Id. di Ufficiale Sanitario L. 500. Adeguato compenso per la tenuta dell'Armadio Farmaceutico. Il tutto da ridurre del 12 %. Aumento di un decimo ogni cinque anni. Domanda e documenti di rito, entro il 5 ottobre, al Municipio di Livigno. Tassa concorso L. 50. Le altre condizioni risultano dal Capitolato visibili in Municipio in orario d'ufficio.

MILANO. — Il Comune di Milano ha bandito un concorso pubblico per titoli e per esami a 24 posti di Medico di Riparto. Il termine utile per la presentazione delle domande scade il 1° dicembre 1931. Per chiarimenti gli interessati potranno rivolgersi al Municipio, Ripartizione Personale.

MUSSOLINIA DI SARDEGNA (*Cagliari*). — Scad. 18 sett.; L. 8000 oltre L. 1200 trasp.; riduz. 12 %.

PADOVA. *Ospedale Civile*. — Assistente effettivo di chirurgia; L. 5000 decurtate del 12 %, due bienni dec., non c.-v.; medaglie di L. 30 per guardie di 24 ore; scad. ore 17 del 21 sett.; età lim. 30 a. al 21 ag.; tassa L. 50,10 alla Tesoreria; serv. entro 20 gg.

PAULARO (*Udine*). — Per titoli. Assegni annui soggetti alle legali trattenute: Stipendio base lire 11.000, dedotto del 12 %, L. 9680, aumentabile del decimo per 6 consecutivi quadrienni. Indennità di servizio attivo L. 600, con riduzione 12 %, lire 528. Indennità mezzo obbligatorio di trasporto, L. 3000, meno 12 %, L. 2640, se con automobile o cavallo; L. 1500 meno 12 %, L. 1320 se verrà usata la motocicletta. Ufficiale Sanitario L. 1000, meno 12 %, L. 880. Indennità caro-viveri a norma capitolato, decurtata in base alle vigenti disposizioni. Tassa concorso L. 50,10. Documenti di rito. Scadenza 30 settembre. Per ottenere il bando di concorso e chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

PAVIA. *R. Prefettura*. — Ufficiale Sanitario, Medico Capo del Comune. Per titoli ed esami. Stipendio iniziale L. 13.000 al lordo delle trattenute di legge, nonchè della riduzione del 12 % di cui al R. D. L. 20-11-1930, N. 1491. Cinque aumenti quinquennali del decimo, dei quali i primi tre ciascuno al compiere dei primi tre trienni e gli ultimi due ognuno al compiere dei due quadrienni successivi. Indennità annua di L. 3000 quale assegno funzioni Ufficiale Sanitario, nonchè un supplemento di servizio attivo di lorde L. 2600 annue, oltre i diritti sanitari a norma di legge. Tali assegni non sono computabili per la pensione e sono soggetti alla riduzione del 12 %. Domanda e documenti, l'elenco dei quali e gli altri chiarimenti possono essere richiesti all'Ufficio Protocollo del Municipio di Pavia, debbono pervenire al predetto Ufficio non più tardi delle ore 17 del 30 novembre 1931.

REGGIO CALABRIA. *Congregazione di Carità*. — Due posti, per titoli: primario chirurgia generale e ginecologia con incarico direzione Ospedali Riuniti. Stipendio annuo lordo L. 14.000 e L. 4000 per detto incarico, con alloggio; primario medicina generale con incarico servizio analisi. Stip. annuo lordo L. 12.000 e L. 4000 per detto incarico.

Due aumenti quinquennali. Compartecipazione 70 %. Scadenza 10 ottobre 1931. Rivolgersi Congregazione di Carità.

ROCCASTRADA (*Grosseto*). — Proroga al 15 sett.; L. 9400 ridotte del 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

SCLAFANI (*Palermo*). — Scad. 28 ott.; L. 15.000 oltre L. 1500 se uff. san.; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

SESTRO (*Cremona*). — Consor.; a tutto 10 sett.; L. 11.000 aumentabili, oltre addizionali L. 2,50 e L. 3,50 sul 2° e 3° migliaio, L. 4 oltre; trasp. lire 4000; uff. san. L. 1000; ambul. L. 300; riduz.; doc. a 3 mesi dal 10 ag.; serv. entro 15 gg.

SETTIMO TAVAGNASCO (*Aosta*). — Scad. 30 sett.; L. 10.000 e 10 trienni ventesimo; addizionale poveri L. 500, per uff. san. L. 800, c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

NOTIZIE DIVERSE.

3° Congresso internazionale di medicina tropicale.

Come già annunciammo, si adunerà ad Amsterdam dal 12 al 17 settembre, col patronato di S. A. R. il principe Hendrik der Neerlanden, sotto la presidenza del prof. G. Grijns. Temi: 1° avitaminosi, in specie beri-beri; 2° febbre-gialla e leptospirosi; 3° elminti, in specie anchilostomi; 4° malaria, in specie febbre ittero-emoglobinurica. Quota 12 fiorini olandesi ovvero 1 lira sterlina. Rivolgersi al segretario generale, Dr. E. P. Snijder, Instituut voor Tropische Hygiëne van het Koloniaal Instituut, Mauritskade 57, Amsterdam, Olanda.

26° Congresso internazionale di anatomia.

L'Associazione degli anatomisti ha tenuto la sua 26ª riunione a Varsavia, sotto la presidenza del prof. Rouvière di Parigi. L'organizzazione è stata curata in modo perfetto dal prof. Loth. La prossima riunione avrà luogo a Nancy nel 1932; quella successiva a Lisbona.

2° Congresso internazionale di ortodontia.

Si è svolto dal 20 al 27 luglio a Londra, alla presenza di autorità scientifiche e di numerosi rappresentanti della specialità, venuti da tutte le parti del mondo.

Meritano speciale menzione una conferenza del prof. Elliot Smith sulle « Tendenze evolutive interessanti i denti ed i mascellari », illustrata da numerose proiezioni, ed un'altra di Sir Arthur Heith su « Estetica e deformità ».

Al banchetto sociale parlarono i rappresentanti di venti nazioni. Per l'Italia prese la parola il prof. Corrado D'Alise di Napoli, il quale, dopo aver messo in evidenza la stretta relazione di tutti gli organi del corpo umano nello stato normale e patologico, ricordò come, in considerazione di questa fondamentale legge biologica, in Italia non si sia mai avuta alcuna scuola autonoma di odontoiatria, e questa specialità sia stata sempre considerata un ramo della medicina, principio codificato dalla legge Mussolini del 1924, la quale non solo confermò l'obbligo della laurea in medicina e chirurgia per l'esercizio dell'odontoiatria, ma rese obbligatorio l'insegnamento di questa materia in tutte le Facoltà mediche del Regno.

8° Congresso internazionale di psicoterapia, ipnologia e psicologia applicata.

La « Société de psychothérapie » di Parigi organizza, in occasione dell'Esposizione coloniale, un Congresso internazionale, dal 28 settembre al 4 ottobre. Esso comprenderà: una seduta solenne al « Palais des informations », alcune conferenze, varie sedute destinate a relazioni e comunicazioni, una serie di escursioni e festeggiamenti vari. La quota d'iscrizione è fissata in 50 franchi. Presidenti onorari del Congresso sono: C. Richet, P. Janet, Laignel-Lavastine, Fribourg-Blanc, Marañon, Marinesco, ecc.; presidente effettivo è il dott. Bérillon. Indirizzare le adesioni e i titoli delle comunicazioni al segretario generale dottor Pierre Vachet, boulevard de Courcelles 8, Paris (XVIᵉ), Francia.

Congresso italiano di ostetricia e ginecologia.

Come ne abbiamo già dato l'annunzio, il Congresso Nazionale della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia si svolgerà in Milano presso la R. Clinica « L. Mangiagalli » nei giorni 18-21 ottobre.

Le relazioni scientifiche proposte dall'ultimo Congresso hanno i seguenti temi: prof. E. Alfieri, « Gli interventi conservativi nelle annessiti. Loro risultati immediati e remoti »; prof. E. Cova, « Le indicazioni mediche della interruzione della gravidanza ». Inoltre si preparano numerose comunicazioni individuali sui temi di relazione ed affini. Una seduta sarà dedicata ai problemi demografici ed assistenziali, in collaborazione coi rappresentanti dell'Opera Nazionale per la Maternità ed Infanzia.

Il 18 ottobre, iniziandosi il Congresso, verrà inaugurato il monumento a Luigi Mangiagalli nell'atrio dell'Istituto che ne porta il nome venerato.

In occasione del Congresso sarà raccolta, in vasti locali, una interessante Esposizione di materiale clinico didattico; in vari Istituti ginecologici e di branche chirurgiche affini si svolgeranno sedute operatorie dimostrative; si organizzeranno inoltre gite e riunioni sociali, ricevimenti, visite agli Istituti milanesi, ecc.

Il Comitato ordinatore è presieduto dal professore E. Alfieri; segretario ne è il prof. F. Vozza. La sede del Comitato è: via Commenda 12, Milano.

4° Congresso nazionale contro la tubercolosi.

La Federazione Italiana Nazionale Fascista per la Lotta contro la Tubercolosi comunica, che il IV Congresso Nazionale in Bologna che doveva inaugurarsi il giorno 4 ottobre, è stato definitivamente fissato per i giorni 11-14 ottobre. Il Congresso comprende due Sezioni relative alla Società per gli Studi scientifici della tubercolosi presieduta dal sen. E. Maragliano e alla Società di Medici di Sanatori e Dispensari presieduta dall'on. prof. E. Morelli. La presidenza onoraria è stata assunta da S. E. l'on. Leandro Arpinati, Sottosegretario di Stato all'Interno, e la presidenza del Comitato ordinatore da S. E. l'on. prof. Raffaele Paolucci, presidente della Federazione.

In occasione di questo Congresso si terrà il Congresso Nazionale delle Infermiere visitatrici e Assistenti sanitarie, sotto la presidenza della contessa Carolina Isolani.

Il Congresso si chiuderà con un'assemblea generale della Federazione.

Segretario generale è il prof. F. Bocchetti. Gli uffici hanno sede in Roma, via Nazionale 172.

Giornate di talassoterapia pediatrica.

In conformità all'annunzio datone, si sono tenute nei giorni 29 e 30 agosto a Grado, con l'intervento di numerosi congressisti, alcuni dei quali dall'Estero.

All'inaugurazione parlarono i proff. Ruata e Ceresole, il dott. Botticelli ed altri.

I temi trattati hanno destato vivo interesse.

2° Giornata Italiana del Reumatismo.

L'Associazione Nazionale Idroclimatologica e di Terapia Fisica, in accordo con il Comitato ordinatore della 20ª Riunione della Società per il

Progresso delle Scienze — che avrà luogo in Milano dal 12 al 18 settembre — ha anche quest'anno organizzato una grande giornata idrologica — la 2ª Giornata Italiana del Reumatismo — che si svolgerà a Salice Terme (Pavia) il 19 settembre con comunicazioni dei proff. P. Rondoni, L. Devoto, A. Ceresole e del dott. Massione. La Società delle Terme e il direttore sanitario comm. dott. Diviani preparano gentili accoglienze ed offriranno un banchetto. In quell'occasione sarà anche visitata la Stazione Idroclimatica « Carta del Lavoro », filiale della Clinica del Lavoro di Milano.

Alla riunione sono invitati gl'iscritti alla Società del Progresso delle Scienze ed all'Associazione Italiana di Idroclimatologia.

1° Congresso medico sindacalista brasiliano.

Si è adunato dal 19 al 25 luglio, sotto la presidenza onoraria del ministro del lavoro e la presidenza effettiva del dott. Belisario Penna. Vennero tenute conferenze dai dottori Miguel Couto, Olindo de Oliveira, Flaminio Favero e Clementino Fraga, su temi d'ordine tecnico, corporativo e sociale.

Congresso internazionale dell'alimentazione.

Ha avuto luogo all'Esposizione Coloniale di Vincennes a Parigi.

Sono state presentate, dai delegati italiani, relazioni sui seguenti temi: « Coltivazioni ortofrutticole coloniali in relazione all'industria delle conserve alimentari » (sig. Bagliani) e « Vitamine A e B » (ing. Caruti).

A chiusura dei lavori del Congresso il sig. Bagliani, a nome dei delegati italiani, ha pronunziato un discorso.

Raduno per la vaccinazione antitubercolare.

Con l'intervento del sen. A. Marozzi della C.N. F.A., dell'on. M. Fregonara, del vice-prefetto della Provincia di Pavia, comm. Secchi, del preside della Provincia di Cremona, S. Ecc. Rossi e di altre personalità del campo medico, veterinario ed agrario, il 2 agosto si è svolto in Lomellina un secondo raduno di tecnici e di agricoltori, organizzato dall' Istituto Vaccinogeno Antitubercolare, d'accordo con la Federazione degli Agricoltori e la Società Allevatori della Provincia di Pavia, per far constatare i benefici risultati delle vaccinazioni antitubercolari col B.C.G. nei bovini. Il prof. Alberto Ascoli, vero paladino, in Italia, delle vaccinazioni col B. C. G., direttore dell'Istituto Vaccinogeno, ha intrattenuto i convenuti con una interessantissima illustrazione del movimento vaccinale in Italia ed all'Estero, mettendo in evidenza l'innocuità e l'efficenza del preparato vaccinale, nonchè il duplice importantissimo aspetto della lotta antitubercolare: quello sociale e quello economico.

Colla guida del prof. Ascoli e dei suoi collaboratori, autorità e gitanti, primi fra tutti il cav. Gentili, veterinario provinciale di Pavia, il dott. Omodei Zorini, il prof. Nai, il prof. Setti, hanno quindi con grande interesse, compiuta la visita dei tre allevamenti.

Corso sulle malattie navali e tropicali ad Amburgo.

Si terrà dal 5 ottobre al 19 dicembre e consterà di conferenze, dimostrazioni ed esercitazioni sui seguenti soggetti: eziologia, anatomopatologia, clinica, epidemiologia e profilassi delle malattie esotiche; introduzione alla protozoologia, all'elmintologia ed all'entomologia mediche, allo studio delle epizoozie, all'ispezione delle carni, igiene navale e tropicale. Ai partecipanti che supereranno un esame si rilascerà un diploma. Rivolgersi allo « Institut für Schiffs- und Tropen-Krankeiten », Bernhard Nocht-Strasse 74, Hamburg 4, Germania.

Per la rivalsa delle spese di spedalità.

Il Capo del Governo, ministro dell'interno, ha presentato alla Camera dei Deputati un disegno di legge recante nuove norme per la rivalsa delle spese di spedalità e manicomiali. È preceduto da un'ampia relazione.

Ne riferiremo nel prossimo numero.

Per il nuovo Ospedale civile di Taranto.

Mercè l'interessamento del prefetto di Taranto gr. uff. dott. Natoli e il concorso delle altre autorità locali, l' Amministrazione di quell' ospedale civile della SS. Annunziata, presieduta dal cav. Iraldo Baldassarre, ha stipulato il contratto di acquisto del suolo edificatorio per l'erigendo nuovo ospedale, sito tra le vie Francesco Crispi, Dante Alighieri e Carlo Mezzacapo, della estensione di metri quadrati 30.053 e per il prezzo di circa un milione di lire.

Per Taranto, ed in genere per la provincia jonica, si faceva sempre più imperioso il problema della costruzione del nuovo ospedale civile. Con l'acquisto del suolo l'iniziativa di dare alla provincia di Taranto un'opera sociale del più alto interesse umanitario e cittadino e la cui urgente necessità appariva sempre più evidente, entra in una fase di sollecita realizzazione.

Elargizione cospicua.

La Federazione nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi comunica che i signori Davide e Zenaide Sagrini, esecutori testamentari della eredità Sagrini, hanno elargito la somma di lire 400.000 per la lotta contro la tubercolosi in provincia di Macerata. Il presidente del Consorzio antitubercolare locale ha immediatamente disposto perchè la cospicua somma sia impegnata per la costruzione di un Dispensario. La Federazione contro la tubercolosi ha assegnato la medaglia d'oro di benemerenza ai munifici donatori.

Donazione generosa.

La Società Nestlé ha offerto al Governo francese un dono di 500.000 franchi per le famiglie numerose; e cioè 250.000 franchi in denaro ed una somma equivalente in latte condensato e farina lattea. La donazione verrà ripartita in premi di 10.000, 5000 e 2000 franchi per le famiglie che contino 10 figli di età inferiore a 18 anni, ed in premi di 1000 franchi in merce per le famiglie di 8 bambini di età inferiore a 12 anni.

Lascito ingente impugnato di nullità.

Abbiamo già dato notizia che il cav. Pasquale Gravina ha lasciato tutto il suo vistoso patrimonio, valutato circa 20 milioni, alla C. R. I. Il testamento è stato impugnato di nullità dal fratello cav. Salvatore, il quale sostiene che il defunto era incapace di testare per vizio di mente e per le passioni che lo conturbavano.

Le colonie estive in Italia.

Il « Foglio d'Ordini del P. N. F. » (22 agosto 1931-IX) ha pubblicato l'imponente quadro generale delle Colonie marine, montane ed elioterapiche che, per ciascuna regione e per ciascuna provincia d'Italia, hanno funzionato a favore di bimbi del popolo italiano, nell'anno IX.

Dal prospetto generale, comprendente anche le Federazioni Coloniali, nonchè i notevoli nuclei dei bambini assistiti dalla Croce Rossa e dalla Associazione Nazionale Combattenti, risulta che il totale complessivo generale dei bambini assistiti fu di 242.233; il numero complessivo delle Colonie di 1197, così distinte: colonie marine 380, colonie montane 214, colonie elioterapiche 603.

« Non bisogna sostare sulle posizioni raggiunte — dice il Foglio d'Ordini —; bisogna fin d'ora iniziare l'organizzazione per l'anno venturo, col fermo proposito di estenderla ad un numero infinitamente maggiore di bambini ».

In ciascuna provincia, l'Ente Opere Assistenziali funziona da propulsore e coordinatore di tutte le iniziative in questo campo.

Per la protezione dell'infanzia in Francia.

Il Comitato francese dell'Unione internazionale per la protezione dell'infanzia ha deciso d'indire una « giornata » il 4 ottobre in Strasburgo, sotto la presidenza del prof. Rohmer. Verrà prospettato il tema: « Organizzazione della protezione materna e infantile in Francia », che farà oggetto di tre relazioni: « Organizzazione razionale della protezione dell'infanzia (dott. Rocaz); « Assicurazioni sociali e protezione dell'infanzia » (dottori Picot e Delagrange); « Organizzazione rurale della protezione dell'infanzia » (sen. Strauss).

Per adesioni e iscrizioni dirigersi al prof. Rohmer o al dott. Forest, avenue de la Paix 1, Strasbourg, Francia.

Una casa per studentesse a Monaco.

A Monaco di Baviera, nella silenziosa Kaulbach-Strasse, al n. 49, si è inaugurata la « Marie Antoine Haus », che dà ospitalità alle studentesse.

Diritto di critica.

Il dott. Paul Delmasure di Lilla, ideatore di un metodo curativo della tubercolosi polmonare mediante la leucoterapia associata alla diatermia, ha intentato un'azione giudiziaria contro il dottor Alphonse David, della stessa città, perchè questi nel « Journal des Sciences Médicales de Lille » aveva denunziato alcuni insuccessi del metodo.

L'istante chiedeva 200.000 franchi di danni e interessi, nonchè 10.000 franchi di indennizzo per diffamazione. Il Tribunale civile di Lilla, con sentenza del 27 luglio, ha riconosciuto che il dottor David aveva solo esercitato il diritto di critica e si è dichiarato incompetente in materia di diffamazione. Ha assolto il dott. David e condannato l'istante alle spese.

Il pilota aviatore prof. Bastianelli per un camerata ferito.

Il pilota aviatore prof. Raffaele Bastianelli, che ha assistito, ospite dell'Alta Direzione delle Manovre, allo schieramento ed alle operazioni dell'Armata aerea, avuta notizia, mentre si trovava all'aeroporto di Pisa, di un incidente di volo occorso ad Arezzo, a bordo di un apparecchio che egli stesso ha pilotato, raggiungeva subito Arezzo per offrire al camerata ferito la sua preziosa opera di scienziato. Nel pomeriggio il prof. Bastianelli è rientrato in volo a Pisa e si è subito recato presso l'Alta Direzione delle Manovre, dove ha riferito al ministro Balbo sulle soddisfacenti condizioni del ferito.

Per i sinistrati di S. Stefano d'Aspromonte.

L'Opera Nazionale Maternità e Infanzia e la Croce Rossa Italiana hanno immediatamente disposto i primi soccorsi per la popolazione colpita dal disastroso incendio.

Tra gli stupefacenti.

La « Gazz. Uff. », del 31 luglio, n. 175, riporta un Decreto Min. in data 14 luglio, con cui l'acedicon (acetil.dimetil.diidrotebaina) viene iscritto nell'elenco delle sostanze tossiche aventi azione stupefacente.

Ordinanza di sanità marittima.

In seguito alla comparsa del colera a Bassora (Irak) le provenienze da questo porto sono sottoposte alle misure profilattiche contro il colera.

Casi di peste bubbonica a Barcellona.

Si sono manifestati prevalentemente in due sobborghi, Sant'Eulalia e Hospitalet. Severe misure sono state attuate per arrestare la propagazione del morbo.

COMMENTI.

Epidemia su di una nave.

Sotto questo titolo, nel N. 32 avevamo prospettato in forma assai dubitativa un'ipotesi avanzata dal prof. Tewfik Salim pascià di Stambul, secondo cui una epidemia prodottasi sulla nave turca *Rustemiye* e dallo stesso diagnosticata come dengue, « sarebbe stata contratta a Rodi, toccata dalla nave in epoca di stegómie ».

Ora il dott. V. Tarchi, direttore dell'Ufficio d'igiene di Rodi, ci scrive per smentire questa interpretazione; adduce i motivi che seguono:

« 1° per l'epoca in cui si manifestò la malattia a bordo del piroscafo *Rustemiye*, e cioè il mese di febbraio. In questa stagione difatti non vi sono stegómie attive, poichè è noto che non pungono mai se la temperatura si abbassa sotto i 23°. Inoltre la *Stegómyia*, che ha una delle più vaste distribuzioni geografiche, è comune in tutto il bacino del Mediterraneo orientale e quindi anche nei porti anatolici toccati nello stesso periodo di tempo dal *Rustemiye* ;

« 2° perchè in quell'epoca non esisteva, come non esiste attualmente, nessun caso di dengue a Rodi ;

« 3° perchè il piroscafo *Rustemiye* giunto il 4 febbraio alle ore 12 e ripartito lo stesso giorno alle ore 16, non attraccò, ma si ancorò in rada, alla distanza di oltre duecento metri da terra.

« Concludendo è assolutamente da escludersi che l'equipaggio del *Rustemiye* abbia soggiaciuto ad una infezione di dengue, data la stagione invernale ; o per lo meno che abbia contratta l'infezione, così largamente diffusasi a bordo, durante le quattro ore di sua permanenza nella rada di Rodi. Aggiungo che il piroscafo *Rustemiye* ha dato frequentemente luogo a rimarchi da parte del medico di porto, per le sue cattive condizioni igieniche. »

Dott. V. TARCHI.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Paris Méd., 16 mag. — Numero sulle malattie del fegato e del pancreas.

Wien. Klin. Woch., 22 mag. — JAGIC. Clinica e laboratorio in medicina interna.

Rif. Med., 4 mag. — E. v. THURZÓ e A. PIRÓTH. Il senso cefalico, la succussione ippocratica ed il fenomeno della goccia cadente dopo l'insufflazione di aria encefalografica.

Journ. A. M. A., 2 mag. — W. D. STIFF e M. FINLAND. Siero antipneumococcico I concentrato. — N. TAUBE. Morbo di Buerger con interessamento mesenterico.

Acta med. Scand., I-II. — J. ALMQUIST. L'avirulismo nella dottrina della sifilide. — E. LINDNER. Alcuni aspetti biologici del problema delle neurosi. — E. KYLIN. Ipotensione arteriosa.

Revue Belge des Sc. Méd., apr. — Numero giubilare di A. Lemaire.

Minerva Méd., 19 mag. — F. STOPPANI. Apofisi angolari ed esostosi del mascellare infer.

Revue de Méd., mag. — F. LAYANI. Le acrocianosi.

Lancet, 24 mag. — E. TYTPER BURKE. Il trattam. adeguato della sifilide.

Brit. Med. Journ., 24 mag. — J. CORVAN. Angina pectoris.

Stomatologia, giu. — V. Campanelli. Micosi e forme similari della bocca.

Münch. Med. Woch., 22 mag. — SEITZ. La placenta quale organo a secrez. interna.

Ind. Journ. Med. Res., apr. — E. H. SETH e a. Effetto della diluizione sul potere degli antisettici. — C. A. GILL e al. Epidemiologia del colera. — H. E. SHORTH e al. Trasmissione del kala-azar da parte del « Phlebotomus argentipes ».

Journ. A. M. A., 9 mag. — R. S. PALMER. Albuminuria funzionale. — H. C. POWELSON e R. M. WILDER. Glicosuria innocua. — H. LIGGETT. Parassiti del naso.

Med. Welt, 23 mag. — Numero di ginecologia.

Pathologica, 15 mag. — E. RAGNOTTI. Neoformazione di follicoli linfatici nel territorio dell'ulcera rotonda. — G. GIANNONI. Diverticoli multipli dell'intestino tenue.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 mag. — Numero di dermatol. e venereol.

Indice alfabetico per materie.

A. POZZI, resp.

V. ASCOLI †, Red. capo.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII — Roma, 14 Settembre 1931 - IX — Num. 37

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

Lesioni traumatiche rare del gomito e loro esiti.

Contributo per il dott. SERTORIO MARINACCI,
docente di Patologia Chirurgica,
di Clinica Chirurgica e Medicina Operatoria.

La frattura più frequente dell'estremo inferiore dell'omero è la sopracondiloidea con spostamento anteriore del frammento superiore: si produce per solito per caduta sul gomito o sulla palma della mano, col meccanismo della iperdistensione: in casi meno frequenti si ha lo spostamento posteriore del frammento superiore: frattura per flessione. Nelle fratture sopracondiloidee col classico spostamento antero-posteriore si ha una limitazione dei movimenti di flessione, poichè l'avambraccio urta contro l'estremo inferiore dell'omero spostato anteriormente e anche perchè nella flessione il tricipite sollevato indietro dall'olecrano e dell'estremo inferiore dell'omero, viene teso impedendo la flessione completa: è possibile invece l'iperdistensione perchè la parete anteriore della capsula estendendosi può stirare in giù con sè in avanti il frammento inferiore: la limitazione della flessione in primo tempo determinata dallo spostamento, è secondariamente in dipendenza del callo deforme o esuberante.

Disturbi ancora maggiori si possono avere quando allo spostamento antero-posteriore si associa lo spostamento laterale; oltre al pericolo dell'anchilosi quando non si ottenga una buona riduzione possono esservi lesioni muscolari, vasali, e nervose, specialmente a carico del radiale e del mediano.

La frattura che si osserva negli adolescenti è il distacco epifisario: il distacco epifisario completo non è possibile che sino a quattro o cinque anni: in seguito per i progressi dell'ossificazione che dalla diafisi si avanza nell'epifisi, la cartilagine di coniugazione diviene intrarticolare: il distacco è allora parziale e ne comprende solo una porzione endo-articolare. Kocher la chiama frattura diacondiloidea dell'omero; la frattura passa attraverso i condili, di guisa che la linea di frattura decorre al di sotto degli epicondili, lungo il mar-

gine cartilagineo; Kocher nei suoi esperimenti ha dimostrato che la frattura avviene essenzialmente in seguito a compressione dell'omero in direzione del suo asse, sia per caduta sul gomito che per caduta sulla mano: essa rappresenta l'unica frattura veramente intracapsulare, dell'estremo inferiore dell'omero.

Ricorderò la frattura del condilo articolare del radio, o del capitello dell'omero, o eminenza capitata: è una lesione rara: non si deve confondere la frattura isolata del condilo omerale, con la frattura classica del condilo esterno: in quest'ultimo caso la rima di frattura parte dal bordo esterno della diafisi omerale, traversa la cavità olecranica e arriva alla gola della puleggia: per conseguenza il frammento comprende l'epicondilo, il condilo, il labbro esterno della troclea; la frattura è extrarticolare nella sua metà superiore, intrarticolare nella metà inferiore.

Nella frattura isolata del condilo omerale, l'epicondilo resta intatto, la lesione è limitata solo al condilo omerale, o rotula, come lo chiamano alcuni autori, ed è completamente intracapsulare: la frattura può esser parziale (tipo Kocher-Lorenz) o totale (tipo Hahn-Steintal); si produce per solito per una caduta sulla palma o sul gomito flesso: la diagnosi si basa essenzialmente su tre sintomi:

1ª percezione di corpo estraneo libero: crepitazione e dolore in corrispondenza del corpo estraneo, blocco dei movimenti di estensione e flessione. L'estirpazione è l'unica terapia razionale, seguendo o la via esterna (Kocher) o la via bicipitale esterna (Billel).

La frattura del condilo interno è anche più rara di quella del condilo esterno, poichè avviene molto più per tempo la fusione fra diafisi e nucleo osseo del condilo interno: raramente si ha isolata: per lo più si ha in combinazione con la frattura del condilo esterno (frattura a Y): essa è determinata da una caduta sul gomito in estensione, o in flessione ad angolo acuto. Fra i sintomi c'è da ricordare l'abduzione esagerata, la dolorabilità alla pressione dell'avambraccio contro l'omero, in estensione o in flessione: lo spostamento del frammento in alto.

La frattura a T e ad Y che per solito si determinano per un urto contro il gomito piegato: ai sintomi della frattura sopracondiloidea si accompagna il sintoma caratteristico della motilità del condilo esterno rispetto all'interno. La frattura del capitello del radio di cui una forma spesso osservata è la frattura a scalpello: per lo più si produce per caduta sulla mano ad avambraccio modicamente flesso o prono: oltre alla dolorabilità diretta e nei movimenti di pronazione e supinazione, vi sono nel distacco totale i sintomi caratteristici dei corpi mobili articolari: ricorderò solo la frattura dell'apofisi coronoide.

Altra frattura non molto frequente è quella dell'olecrano. La frattura indiretta per caduta sulla mano o per contrazione brusca del tricipite è rara: generalmente si tratta di fratture dirette per un trauma che colpisce il gomito flesso ad angolo retto: la frattura può risiedere alla sommità, alla parte media, alla base dell'olecrano: la diagnosi si basa sulla limitazione o abolizione del movimento attivo di estensione, sulla motilità anormale, sulla presenza di una vera scanalatura, nella quale si possono infossare i tegumenti col dito. Nella cura delle fratture dell'olecrano bisogna cercare di ovviare a i tre seguenti esiti: callo fibroso lungo, anchilosi, atrofia muscolare; essa appartiene a quelle fratture nelle quali è indicato l'intervento cruento con sutura ossea, specialmente quando il divaricamento è largo ed il versamento abbondante.

In quali casi di frattura si deve intervenire e quali sono i criteri per l'intervento?

L'intervento operatorio primitivo o secondario, è indicato in quei casi nei quali all'esame clinico e all'esame radiografico risultano tali condizioni da non farci ritenere raggiungibile o solo parzialmente raggiungibile un'esatta riduzione e contenzione; p. e. le fratture epifisarie con notevole spostamento; le fratture intracapsulari non riducibili e non contenibili, le fratture con forte divaricamento dei frammenti (olecrano), gli esiti delle fratture (calli deformi, esuberanti, paralisi nervose, corpi mobili articolari di origine traumatica).

Uno degli esiti più temibili in caso di frattura del gomito sia intraarticolare che juxtaarticolare è l'anchilosi completa o incompleta. Nell'adulto in caso di anchilosi traumatica del gomito non esitiamo, a meno che non esistano nette controindicazioni, a praticare la resezione con speciali accorgimenti di tecnica, sapendo che nel gomito specialmente possiamo contare in una neo-artrosi con ottimo risultato funzionale; nel giovinetto in via di crescenza dobbiamo senz'altro scartare l'idea della resezione tipica, che sacrificando la cartilagine di accrescimento porterebbe il deficiente o mancato sviluppo dell'arto; per conseguenza è da pensare a una resezione atipica, economica, mirando al ripristino funzionale. In linea generale in chirurgia ossea ed articolare, l'intervento deve limitarsi a riparare i guasti, ripristinando, nei limiti del possibile le condizioni normali; non si possono dare regole generali; è necessario regolarsi ca-

so per caso, col proprio criterio e con la propria esperienza, cercando di essere più economici che sia possibile, e mirando sempre al ripristino funzionale e morfologico.

Passerò ad esporre alcuni dei casi di lesioni traumatiche del gomito che ho avuto occasione di osservare e di trattare chirurgicamente: il trattamento cruento è stato primitivo in alcuni casi in altri secondario: in tutto si è avuto un ricupero funzionale completo. Ho creduto opportuno questa breve nota perchè in realtà si tratta di casi non molto frequenti: riporto un caso di frattura dell'olecrano scelto fra alcuni che ho avuto occasione di operare, poichè mi sembra il più dimostrativo e il più adatto per la sutura, dato il notevole spostamento dei frammenti: in quattro casi si tratta di interventi primitivi o secondari in fratture del gomito in adolescenti, nei quali l'intervento, per le ragioni esposte, è più delicato: in due casi si tratta di esiti di traumi con distacco parziale del capitello del radio e formazione di corpo mobile articolare: in questi due casi sono intervenuto nell'articolazione del gomito seguendo la via anteriore, metodo che illustrerò.

Caso I. — B. Adalgisa. Si tratta di una frattura dell'olecrano prodotta da causa diretta.

L'esame clinico mostra una notevole tumefazione del gomito con vasta ecchimosi: dolenzia squisita in corrispondenza dell'olecrano: è possibile apprezzare la notevole diastasi dei frammenti, confermata dalla radiografia che riporto (fig. 1); impossibilità dell'estensione dell'arto.

Fig. 1. — Caso I.

Operazione (22-11-28). Anestesia locale novocaina. Incisione longitudinale. Toletta del focolaio di frattura. Si praticano due forami nei due frammenti che si avvicinano con un punto metallico. Sutura di I; applicazione di una semidoccia gessata; arto in semiflessione. Guarigione di I; in 15ª giornata si cominciano i movimenti: risultato definitivo ottimo con ricupero funzionale completo.

Caso II. — L. Domenico, di anni 8. Entra nell'Ospedale Civile di Avezzano il 15-12-29. Nulla nel gentilizio e anamnesi personale remota. Racconta di esser caduto due giorni dietro sul palmo della mano ad arto esteso: accusò subito un vivo dolore in corrispondenza del gomito che non riuscì più a muovere. L'arto appare edematoso, deformato, con ecchimosi sulla faccia anteriore dell'articolazione, in semiflessione.

Alla palpazione dolentissima si apprezza un crepitio osseo nettissimo: la deformazione come si osserva con la palpazione è data dalla trasposizione all'interno dell'articolazione del gomito, mentre è possibile palpare all'esterno l'estremo inferiore della diafisi omerale; motilità attiva abolita, passiva molto limitata. Il reperto radiografico mostra trattarsi di una frattura intraarticolare (frattura diacondiloidea di Koker) con spostamento verso l'interno e anteriormente dell'estremo articolare distaccato e le due ossa dell'avambraccio: l'estremo inferiore dell'omero spoglio della parte articolare sporge all'esterno (fig. 2).

Si tentò ma inutilmente una riduzione incruenta, come del resto doveva accadere data la piccolezza e lo spostamento del frammento articolare distaccato.

Operazione (21-12-29). Etero-narcosi. Incisione di Parch; esposizione completa dell'articolazione: sutura del frammento distaccato, con la diafisi omerale, con punto metallico. Sutura di prima. Dopo 15 giorni si cominciano i movimenti che in breve riacquistano l'estensione normale, ottenendosi un risultato funzionale e morfologico completo.

Caso III. — B. Fulvio, di anni 8. Entra nell'Ospedale di Avezzano il 16-12-29. Riferisce che ai primi di novembre scorso, cadde da un albero, battendo con violenza la mano destra aperta, essendo l'arto in estensione. Fu curato da un sanitario che tentò la riduzione della frattura ed applicò un apparecchio gessato, immobilizzando l'arto per un mese: durante questo periodo l'infermo avvertiva un senso di formicolio all'avambraccio ed alla mano e le dita andavano assumendo una posizione di flessione. Rimosso l'apparecchio si notò limitazione notevole della motilità del gomito e paralisi completa del radiale. Quando io osservai il malato, cioè dopo 46 giorni dal trauma si notava notevole atrofia dell'arto, flessione obbligata del polso e delle dita, impossibilità dell'estensione: il gomito notevolmente deformato: la porzione articolare e le ossa dell'avambraccio deviate all'interno, la diafisi omerale all'esterno di cui si nota l'estremo inferiore che sporge all'esterno come uno sperone aguzzo, sotto la cute: vi è notevole riduzione dei movimenti specialmente della flessione.

Anche in questo caso come nel precedente si tratta di un distacco epifisario (frattura diacondiloidea di Koker), anch'esso prodottosi per caduta sul palmo della mano ad arto esteso.

FIG. 2. — CASO II.

FIG. 3. — CASO III.

FIG. 4. — CASO V.

Come dimostra la radiografia (fig. 3) eseguita appena il malato venne alla mia osservazione, il frammento omerale inferiore è lussato completamente all'interno ed è risalito al lato interno dell'omero saldandosi alla diafisi omerale mediante una formazione callosa che l'unisce saldamente: la paralisi del radiale era data come si constatò all'intervento dalla compressione che l'estremo diafisario esercitava sul radiale che era anche imbrigliato per un tratto in tessuto di cicatrice: la limitazione della flessione era anche determinata meccanicamente dall'urto delle ossa dell'avambraccio, contro l'estremo inferiore sporgente della diafisi omerale.

Operazione (17-12-29). Etero-narcosi. Incisione per la ricerca del radiale al gomito che viene liberato dalle aderenze che lo imbrigliano, fino alla biforcazione. Si reseca tutta la parte eccedente della diafisi, già saldamente fissata, come si vede anche dalla radiografia, con l'estremo inferiore spostato. Si adagia il radiale isolato su di un piano muscolare preparato. Sutura di I. Guarigione di I intenzione. Il malato rivisto dopo 8 mesi ha riacquistato completamente la funzione dell'arto, la paralisi del radiale è completamente scomparsa.

Caso IV. — D. G. Enrico, di anni 13. Entra nell'Ospedale di Avezzano il 28-1-30. Tre giorni fa è caduto da una pianta sulla quale era salito per far legna: nella caduta dice di aver battuto a terra poggiando tutto il peso del corpo sul braccio destro: non ricorda in quale atteggiamento fosse l'arto al momento del trauma. All'esame obiettivo l'arto superiore d. si mostra notevolmente tumefatto: l'edema invade il braccio e l'avambraccio sino al terzo medio; ecchimosi notevole anteriore: flessione ed estensione limitate nella crepitazione. L'esame radiografico mostra un distacco parziale della porzione articolare dell'omero, troclea, condilo. In casi simili l'intervento può aver di mira o la rimozione del tratto staccato che agisce come corpo estraneo, o a riapplicazione di esso in caso di distacco parziale: si tratta in questo caso di uno scotennamento della porzione articolare specialmente della troclea e per lo più avviene come nel nostro caso per caduta sulla mano.

Operazione (30-1-30). Etero-narcosi. Incisione di Parch. Si espone l'articolazione. Si riapplica il pezzo, staccato parzialmente. Sutura di I; apparecchio gessato. Guarigione di prima; risultato funzionale ottimo, controllato dopo un anno dall'intervento.

Caso V. — M. T., di anni 10; è caduto battendo il gomito; ha avvertito subito forte dolore: ha notato subito l'abolizione funzionale dell'arto. Quando l'infermo è venuto da me, il 21 dicembre 1930, erano già trascorsi 21 giorni dal trauma: si notava un callo già formato ed esuberante con limitazione molto estesa della motilità specialmente della flessione. L'esame radiologico (praticato quasi subito dopo il trauma) dimostra lo spostamento tipico della frattura extra-articolare sopracondiloidea, cioè lo spostamento anteriore del frammento superiore diafisario (figura 4); non essendo in questo caso riuscita la riposizione incruenta, si formò un callo esuberante e deforme che limitava specialmente la flessione, onde si rese necessario l'intervento operatorio secondario.

Operazione (21-12-30). Incisione di Park: esposto il punto di frattura, si refrattura con lo scalpello: si tolgono tutte le produzioni ossee, cartilaginee di neoformazione. Si riduce la frattura. Si sutura di I. Si applica per 15 giorni un apparecchio gessato iniziando poi subito i movimenti articolari. Dopo 28 giorni dall'operazione si nota solo una lieve limitazione dell'estensione e la flessione, pur non essendo completa ancora, supera l'angolo retto.

In altri due casi che esporrò si trattava di corpi liberi articolari del gomito di origine traumatica. Tralasciando di parlare dei corpi liberi articolari di origine patologica in rapporto sopratutto all'artrite deformante e alla tubercolosi articolare, i corpi liberi articolari di origine traumatica sono in dipendenza o di traumi articolari, o di cadute, o di strappi ossei per brusca contrazione muscolare. In genere si tratta o di parti del capitello del radio come nei miei due casi, o di distacchi del condilo dell'omero, o della troclea, specialmente del suo rivestimento cartilagineo, o dell'apofisi coronoide.

Il dolore improvviso, l'alternativa della libertà completa dei movimenti, e dell'arresto immediato a volte, per interposizione fra le superfici articolari del tratto distaccato (blocco articolare) le *poussées* di sinovite reattiva, il crepitio e la possibilità di palpare il frammento libero sono i sintomi che permettono la diagnosi, convalidata poi dal reperto radioscopico. L'unica terapia, come si comprende, è la chirurgica con rimozione del corpo estraneo.

Nei miei due casi il corpo mobile era situato nella parte anteriore dell'articolazione perciò era necessario per rimuoverli seguire la via anteriore con la tecnica che ora illustrerò.

Fu descritta dal Billet e illustrata nella « Revue de Chirurgie » del 1914. Distingue nella via di accesso anteriore dell'articolazione del gomito una via bicipitale interna e una via bicipitale esterna.

Via bicipitale interna: si compone dei seguenti tempi: 1) incisione di 10 cm. situata esattamente a ugual distanza dal bordo interno del bicipite e dall'epitroclea, il cui mezzo corrisponda alla plica del gomito; 2) incisione della espansione fibrosa del bicipite; 3) si sposta all'esterno il nervo mediano; 4) si spostano all'interno i muscoli epitrocleanici sino a scovrire il bordo interno del brachiale anteriore; 5) incisione della capsula in corrispondenza del labbro interno della troclea, dopo aver liberato e spostato il bordo interno del brachiale anteriore. L'avambraccio è in estensione.

Via bicipitale esterna: 1) incisione di 10 cm. lungo il solco bicipitale esterno, il cui mezzo corrisponde alla piega del gomito; 2) incisione dell'aponeurosi superficiale sul bordo esterno del bicipite che si sposta all'interno; 3) ricerca del radiale fra il brachiale anteriore ed il lungo supinatore, e spostamento di esso all'esterno; 4) si libera il bordo esterno del brachiale anteriore e si respinge all'interno sino a percepire nettamente i rilievi del condilo omerale e della testa del radio, la cui depressione risponde all'interlinea articolare; 5) incisione della capsula.

L'autore ne dava come indicazione negli interventi sulla capsula, capsulorafia, nelle artriti suppurate come coadiuvante delle classiche incisioni posteriori, prima di praticare la resezione. Io l'ho seguita in due casi per estrazione di corpi mobili articolari: ho seguito in tutte e due la via esterna che ritengo preferibile in questi casi; è un'incisione comoda, anatomica, poichè non lede alcun organo, da un'ampia visione, permette una ricostituzione esatta.

CASO VI. — S. A., di anni 18. Nulla di notevole nell'anamnesi e nel gentilizio: accusa di tanto in tanto dolori intensi al gomito destro che impediscono temporaneamente i movimenti di flessione e di estensione: egli per di più asserisce di sentire di tanto in tanto come un corpicino duro alla piega del gomito che sfugge sotto le dita e scompare, e a volte una sensazione di scroscio nei movimenti: non è caduto, solo dice di aver fatto degli sforzi coll'arto superiore per il suo mestiere. Gli sono state consigliate da un sanitario cure immobilizzanti e iniezioni jodiche. Obiettivamente nulla di notevole, non atrofia dell'arto; non punti dolorosi; motilità attiva e passiva normale; di tanto in tanto si percepisce un corpicino duro alla regione anteriore del gomito che poi scompare.

Alla radiografia si vede nettamente un corpo articolare, libero, al di sopra e al davanti dell'estremo articolare dell'omero, che sembra sia distaccato dal capitello del radio che appare irregolare nel suo contorno superiore esterno. In questo caso la diagnosi poteva farsi già in base ai sintomi molto netti che il malato esponeva ai disturbi funzionali, ai dati obiettivi: probabilmente in questo caso vi è stato uno strappamento osseo da contrattura (fig. 5).

FIG. 5. — CASO VI.

Operazione (22-5-26: Casa di Cura, Avezzano). Etero-narcosi. Incisione anteriore esterna secondo la tecnica descritta; asportazione del corpo mobile. Sutura a strati: guarigione di prima intenzione.

CASO VII. — Z. B., di anni 56; 15 giorni fa è caduto battendo il gomito destro: ha avvertito un forte dolore e non ha più potuto muovere il gomito: in primo tempo l'arto fu immobilizzato da un sanitario.

Arto notevolmente tumefatto, in lieve flessione: motilità attiva e passiva abolita: la pressione è notevolmente dolorosa sull'articolazione specialmente sulla faccia antero-esterna; non si avverte crepitìo osseo: i punti ossei caratteristici del gomito conservano i loro rapporti normali. L'esame ra-

diografico dimostra una frattura parcellare del capitello del radio con frammento libero nella cavità articolare (fig. 6).

Operazione (21-6-30: Ospedale Civile di Avezzano). Anestesia generale eterea. Ischemia dell'arto. Incisione anteriore esterna; ricerca del radiale che viene spostato all'esterno; apertura della capsula articolare ed estrazione del frammento libero. Sutura a strati. Guarigione di prima.

FIG. 6. — CASO VII.

In sintesi possiamo dire: in due casi abbiamo osservato e trattato cruentemente due fratture intraarticolari del gomito (caso II e III). Nell'uno e nell'altro caso la frattura si è prodotta per caduta sulla palma della mano ad arto teso: in tutte e due i casi vi è stato uno spostamento totale della porzione articolare dell'omero e delle ossa dell'avambraccio all'innanzi e all'interno, rispetto alla diafisi omerale che sporgeva all'esterno e di guisa che a prima vista e ad una osservazione superficiale si poteva pensare a una lussazione dell'avambraccio all'interno, lesione molto rara specialmente negli adolescenti. In tutte e due i casi si trattava di adolescenti di 8 anni. In un altro caso (caso V) si trattava di frattura sopracondiloidea con forte spostamento e callo esuberante. In queste fratture è sempre da pensare a lesioni primarie o secondarie dei nervi, che forse si verificano in un settimo dei casi, e a callo deforme esuberante che riduce o abolisce i movimenti dell'arto. In questi casi la riduzione incruenta anche condotta con ogni cura e tecnica, per la piccolezza del frammento inferiore dell'omero, per la difficoltà della contenzione, o perchè il frammento ha subito una rotazione non dà che risultati mediocri o cattivi: per questi casi e per quelli con difettosa funzione e complicanze nervose è consigliabile, anzi s'impone l'intervento.

In un altro caso (n. IV) l'intervento fu consigliato dal distacco parziale della parte articolare dell'omero e fu possibile la riapplicazione. In un altro caso (n. 1) l'intervento fu necessario per la notevole diastasi dei frammenti ossei, nel VI e VII caso si trattava di esiti di frattura con corpo mobile articolare, di cui fu eseguita la rimozione. Nei casi esposti s'imponeva l'intervento che condotto con i criteri esposti con tecnica esatta, con asepsi rigorosa, dette sempre ottimi risultati funzionali: onde possiamo ritenere che all'intervento primitivo e secondario nelle fratture del gomito debbano guidare, oltre le altre indicazioni, i calli esuberanti e deformi, le fratture difficilmente riducibili e contenibili, o nelle quali senza risultato si è tentata la riduzione incruenta, il forte divaricamento dei frammenti, le complicanze nervose, i corpi mobili liberi articolari traumatici.

RIASSUNTO.

L'A. riporta alcuni casi rari di frattura del gomito. Ne ricorda il meccanismo di produzione, discute le indicazioni al trattamento cruento, ne illustra la tecnica.

BIBLIOGRAFIA.

BASTIANELLI R. *Lezioni di clinica chirurgica*, 1910.
BERGMANN-BRUNS. *Trattato di Chirurgia pratica.* Milano, Società Edit. Libraria, 1909.
BILLET. *Les voies d'accès antérieures à l'articolation du coude.* Revue de Chirurgie, 1914.
CALOT. *L'Orthopédie indispensable aux praticiens.* A. Maloine et Fils, éditeurs, Paris, 1923.
CLAVELIN. *Les fractures isolées du condyle humérale.* Revue de Chirurgie, 1923.
DALLA VEDOVA R. *Sul moderno trattamento delle fratture.* Relazione al XXIII Congresso della Società Italiana di Chirurgia, Roma, 1920.
DURANTE F. *Patologia e terapia chirurgica.* Società Edit. Dante Alighieri, 1905.
DURANTE-LEOTTA. *Trattato di Medicina Operatoria Generale e Speciale.* Unione Tipografica Editrice Torinese, 1922.
FORGUE. *Patologia Chirurgica.* Società Editrice Libraria, Milano.

LECÈNE. *Précis de médecine opératoire*. Librairie Baillière et fils, Paris.
LE DENTU-DELBET. *Chirurgie, Orthopédique*. Ibid.. Paris.
HILDEBRAND. *Grundris der chirurg. topogr. Anatomie*. Wiesbaden, Verlag. von Bergman.
HOFFA ALBERT. *Lehrbuch der orthopädischen Chirurgie*. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1905.
KOCHER. *Contributi alla nozione di alcune forme di frattura praticamente importanti*. Casa Edit. Vallardi.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ARCISPEDALE DI S. SPIRITO IN SASSIA
REPARTO GENGA - ROMA

Alcune considerazioni sopra un caso di ascesso del fegato guarito con la cura emetino-arsenicale

per il prof. GIOVANNI ANTONELLI,
primario medico e docente di Clinica medica.

Lo scopo di questa mia nota non è tanto quello di aggiungere un caso personale alla oramai ricca letteratura concernente la terapia medica dell'ascesso epatico, il che significherebbe non dire alcunchè di nuovo, quanto quello di prospettare in modo più evidente di quel che non appaia in molte delle osservazioni riportate dai vari autori le modalità e fasi di decorso dell'affezione morbosa in rapporto alla terapia: nel caso osservato non rilevate con accorgimenti clinici indiretti, ma attraverso dirette constatazioni, data la peculiare sede dell'ascesso, che permetteva di eseguire a colpo sicuro, volta per volta, la puntura esplorativa. Del rimanente non è ancor giunto il momento nel quale la terapia medica dell'ascesso amebico del fegato possa considerarsi come universalmente accolta dagli autori. I consensi sulla terapia emetinica di tale forma morbosa, per quanto sempre più numerosi, non si sono ancora generalizzati, e lo erano ancor meno alcuni anni fa, quando Pontano ha sentito il bisogno di tornare sulla questione, già da lui vigorosamente discussa fin dal 1918, ribadendo le sue personali conclusioni nel senso di ritenere l'ascesso amebico del fegato come un'affezione morbosa guaribile con la sola cura emetinica, purchè l'ameba non venga sopraffatta dai comuni piogeni. Ma, come giustamente osserva Casoni (*Policlinico*, Sez. Pratica, 1931, n. 6), non ostante che al giorno d'oggi l'accordo fra i vari osservatori sia presso che completo su questo principio, vi sono ancora autori che sostengono la necessità dell'intervento chirurgico negli ascessi già costituiti, seguendo il criterio espresso dallo stesso Rogers, l'iniziatore della cura emetinica nell'amebiasi intestinale (1913), il quale sosteneva ancora nel 1918 che l'emetina era efficace nel determinare la regressione del processo infiammatorio nell'epatite amebica presuppurativa, ma non lo era nello stadio suppurativo. Nel 1922 però Rogers ha sottoscritto pienamente all'opinione generale, riconoscendo l'efficacia dell'emetina anche nell'ascesso costituito. Altri autori (Françon, Petridis, Izar, ecc.), secondo quanto riferisce Casoni, trovano una controindicazione alla cura emetinica nei casi in cui l'ascesso sia voluminoso e inveterato, e propongono in tali casi l'associazione della cura emetinica o con lo svuotamento o con l'intervento chirurgico. Françon e Hutinel affermano che, se l'atto operativo è necessario, non può esser mai considerato come sufficiente; esso dev'essere sempre preceduto, accompagnato o seguito dalla cura interna, che migliora le condizioni di resistenza del malato e assicura una rapida cicatrizzazione delle lesioni. Molto recentemente F. Serio (*Policlinico*, Sez. Prat., 1931, p. 701) ha riportato una sua osservazione personale, concernente un caso di voluminoso ascesso amebico del fegato, sottoposto in primo tempo ad una puntura evacuatrice che dette esito a 900 cc. di pus, e successivamente curato con una serie di iniezioni di emetina fino alla quantità globale di 39 ctg. Non ostante la quasi scomparsa della febbre, le condizioni generali non erano migliorate e permaneva una notevole quantità di pus, che venne estratta con altra puntura evacuatrice (650 cc.). Il paziente fu perciò sottoposto all'intervento chirurgico, ma dopo alcuni giorni venne a morte per una complicanza post-operatoria. Sulla base della sua osservazione egli conclude affermando che casi simili non sono del tutto eccezionali e dimostrano che, se l'emetina è sempre efficace nelle epatiti amebiche parenchimatose, non sempre riesce altrettanto efficace nelle forme colliquative e che, quando esiste un *caput mortuum* di notevoli dimensioni, è necessario l'intervento chirurgico, prima che la sacca possa eventualmente aprirsi in un organo vicino o che le condizioni generali del paziente peggiorino al punto da compromettere il buon esito di un troppo tardivo intervento.

Anch'io ricordo di aver assistito all'autopsia che il prof. Marchiafava eseguì sopra un soggetto nel quale era stato diagnosticato *intra vitam* un ascesso amebico del fegato ed era stata praticata la cura emetinica; la sezione del

fegato mise in evidenza un grosso ascesso circondato da una spessa parete connettivale, che non aveva risentito evidentemente alcuna influenza modificatrice dalla cura emetinica.

Come si vede dai pochi cenni sopra riferiti, se è certo che la grande maggioranza degli autori ritiene la terapia emetinica come la cura di fondo dell'ascesso amebico del fegato, non è men vero che non mancano voci discordi di autori, i quali o si mantengono eclettici circa l'opportunità di adottare in alcuni casi la cura chirurgica e in altri la cura emetinica, o sostengono ancora, negli ascessi già costituiti, la necessità dell'intervento operatorio o magari della puntura evacuatrice, attribuendo all'emetina soltanto il valore di una cura coadiuvante o integrante rispetto alla cura chirurgica. Queste considerazioni mi fanno sembrare non ancora del tutto priva d'interesse la pubblicazione di quei casi la cui interpretazione, in rapporto alla cura emetinica, non può dare adito ad alcuna incertezza; ed è perciò che credo opportuno riferire una mia personale osservazione, di cui riassumo la storia clinica:

P. S., di a. 61, contadino; bevitore e fumatore discreto. Nega lues e morbi venerei. Sposato, la moglie ha condotto a termine 5 gravidanze. Nega malattie di una certa entità in passato. Afferma che da circa un mese va soggetto quotidianamente a febbri elevate precedute da brivido e che rimettono con profusa sudorazione, diminuzione dell'appetito, vomito frequente, insorgente poco dopo l'ingestione degli alimenti, e diarrea spesso sanguinolenta. Ha avvertito progressiva astenia ed ha notato la comparsa di edemi alle estremità inferiori; si è considerevolmente denutrito ed anemizzato. È accolto nel reparto da me diretto il 22 febbraio 1927.

E. O. Condizioni generali mediocri; sensorio integro; decubito indifferente. Cute e mucose pallide; edemi a carico del collo e del dorso dei piedi. Pannicolo adiposo scarso; masse muscolari ipotrofiche. Polso uguale, ritmico, facilmente compressibile. Micropoliadenopatia nelle regioni laterocervicali; agl'inguini si palpano glandole della grandezza di un fagiuolo.

Torace allungato; limiti polmonari inferiori modicamente abbassati, bene espandibili; all'ascoltazione, ronchi diffusi su tutto l'ambito.

Cuore nei limiti; toni netti.

Addome leggermente avvallato, tranne che in corrispondenza della metà destra dell'epigastrio ed alla porzione più interna dell'ipocondrio destro, dove si apprezza l'esistenza di una tumefazione sormontante quasi a cupola la superficie del fegato e del diametro di una piccola arancia. Tale tumefazione si sposta bene nei movimenti respiratorii; alla palpazione presenta una superficie liscia e un certo grado di tensione elastica, che ricorda quella di una ciste; al di sotto di essa si percepisce nettamente il margine epatico. Il confine superiore del fegato non è rialzato; la milza non è palpabile nè risulta ingrandita alla percussione.

Nelle urine, presenza di tracce di albumina e assenza di altri importanti elementi patologici.

Fecce contenenti muco e sangue.

Durante la degenza dell'infermo in reparto:

23-II: Dolente alla palpazione il 6° spazio intercostale destro lungo l'ascellare media; ascoltando sul culmine della tumefazione non si avvertono rumori di sfregamento peritoneale; assenza di fremito idatideo; la tumefazione offre una resistenza duro-elastica e lascia percepire nella zona centrale una sensibile fluttuazione. La palpazione bimanuale fa escludere il riscontro di detta tumefazione nella regione lombare destra. La mobilità respiratoria del fegato è perfettamente conservata.

Dopo avere enunciato personalmente il sospetto clinico di un ascesso epatico, eseguo nella profondità ed al centro della tumefazione una puntura esplorativa, che dà esito ad un liquido di aspetto nettamente purulento.

Intanto l'infermo va soggetto ad elevazioni febbrili di una certa entità, fino al massimo di 39°,3 (temp. ascellare), a tipo intermittente e ad accessi prolungati, spesso preceduti da brivido, od a tipo fortemente remittente.

Le fecce sono emesse fino a 6 scariche nelle 24 ore, ed hanno per lo più aspetto poltaceo. Non è rilevata la presenza dell'amoeba histolytica, ma non si insiste nella ricerca.

Si inizia la terapia a base di iniezioni ipodermiche di 3 ctg. di cloridrato di emetina ognuna e fino alla quantità globale di 84 ctg. nel corso di 7 giorni. Le scariche alvine si fanno meno frequenti, e l'infermo avverte un lieve miglioramento subiettivo.

5-III: 2ª puntura esplorativa: si estrae ancora liquido nettamente purulento, che all'esame microscopico risulta costituito di numerosi polinucleati, discreto numero di elementi linfoidi; gli elementi stessi appaiono discretamente conservati, pur presentando note di degenerazione grassa. Non si rinvengono amebe nè cocchi o batteri.

L'esame batteriologico del pus estratto dà reperto assolutamente negativo; i terreni di coltura rimangono perfettamente sterili ancora a distanza di 12 giorni dagli allestimenti.

7-III: Netti rumori di sfregamento peritoneale in corrispondenza della tumefazione.

Le fecce perdono l'aspetto dissenterico, ma contengono spesso muco, hanno per lo più aspetto poltaceo, e si eliminano ancora con un ritmo alquanto frequente. La febbre si attenua, ma non scompare del tutto, permanendo una modica febbricola quotidiana per lo più fra il mezzogiorno e le ore vespertine.

La conta dei globuli bianchi dà: 8600 per mmc.; formula leucocitaria: neutrofili 57 %; linfociti 14 %; monociti 27 %; forme di passaggio 2 %; qualche rara cellula di Rieder.

8-III: Si inizia una serie di iniezioni intravenose di neosalvarsan (dose iniziale di gr. 0,30 e successive di gr. 0,45) fino alla quantità globale di gr. 2,55 nello spazio di 19 giorni.

La febbre nei primi giorni conserva ancora il tipo di febbricola quotidiana (temp. asc. massima 37°,8), poi scompare del tutto, salvo qualche fugacissimo e lievissimo rialzo termico. Le scariche alvine si fanno gradatamente meno frequenti; le fecce appaiono ricche di muco in primo tempo ed infine diventano composte e di aspetto normale. La tumefazione rimane nel primo periodo della cura neosalvarsanica immutata e lascia per-

cepire anche alla palpazione degli sfregamenti peritoneali nella zona più prominente, ma alla fine gli sfregamenti scompaiono, la tumefazione si riduce sensibilmente di volume e il margine inferiore del fegato risale alquanto.

30-III: Si ritorna ad un'intensa cura emetinica (in ragione di 12 ctg. pro die, come nel primo periodo, e fino alla quantità totale di 60 ctg., in forma d'iniezioni ipodermiche di 3 ctg. ognuna).

L'apiressia permane, soltanto interrotta da fugaci e rare piccole elevazioni termiche.

Alla 4ª giornata della ripresa di cura, il limite inferiore del fegato, in corrispondenza della tumefazione corrisponde a 4 dita sotto l'arcata; si rileva anche un leggero debordamento della milza, con margine di consistenza dura e confine superiore all'8ª costola. Lo stato generale è migliorato; le mucose hanno assunto una tinta rosea; l'infermo avverte senso di euforia. Ciò non ostante dopo la 5ª giornata si ha una forte ripresa della diarrea, senza tenesmo rettale (7-8 scariche durante la notte); poi la frequenza delle scariche diminuisce notevolmente e le fecce tornano a farsi composte.

6-IV: Una nuova puntura esplorativa dà esito a liquido di aspetto purulento più tenue che nelle punture precedenti. All'esame microscopico il liquido risulta così costituito: « Globuli bianchi in spiccata degenerazione grassa; alcuni di essi conservano il nucleo e la forma; cellule epiteliali in parte degenerate; scarsi eritrociti ben conservati; fra gli elementi cellulari si nota un detrito amorfo più o meno abbondante nei vari campi e la presenza di globuli di grasso. Assenza di amebe e di altri germi ».

Apiressia completa e definitiva.

11-IV: Assenza di disturbi subiettivi. La prominenza in corrispondenza della metà destra dell'epigastrio è ancora più notevolmente ridotta.

16-IV: Si esegue un'altra puntura esplorativa che riesce del tutto negativa.

22-IV: Un'ultima puntura esplorativa, a 6 giorni dalla precedente, dà pure risultato perfettamente negativo.

L'infermo avverte la completa ripresa delle sue forze, assoluta assenza di ogni disturbo, e chiede di uscire dall'Ospedale (23-IV-1927).

Un primo punto da stabilire è questo: nel nostro caso si è certamente trattato di un ascesso amebico? La negatività del reperto dell'entamoeba histolytica nelle ripetute punture esplorative non è da considerarsi come un elemento sufficiente ad escludere la natura amebica dell'ascesso, perchè è risaputo da tutti che nel pus estratto mediante la puntura esplorativa ordinariamente non si constata la presenza di amebe, e in ogni modo il reperto positivo ne è raro, il che si spiega col fatto che l'ameba è insediata nella parete dell'ascesso. D'altra parte, non ostante le più diligenti ricerche batterioscopiche e batteriologiche non è stato possibile individuare od isolare alcun germe; le colture del pus estratto sono rimaste completamente sterili, il che avvalora sia pure indirettamente la genesi amebica dell'ascesso. Anche il criterio *ex adjuvantibus* porta a concludere in questo caso per l'origine amebica dato che, non ostante una certa lentezza nell'azione dei rimedi utilizzati, alla fine abbiamo constatato con la più assoluta certezza i segni della guarigione. A tal proposito Casoni giustamente afferma che l'efficacia della cura emetinica costituisce la « pietra di paragone » nello svelare l'amebiasi. Nel caso nostro i concomitanti disturbi intestinali a tipo dissenterico, non che l'unicità dell'ascesso costituiscono altri elementi di appoggio alla diagnosi dell'ascesso amebico, che, pur non essendo dimostrata parassitologicamente, rimane clinicamente affermabile.

La sede dell'ascesso in questo caso, corrispondente alla porzione più interna e relativamente superficiale del lobo destro del fegato, rappresenta un reperto non frequente, in quanto che la maggior parte degli ascessi si svolgono nella profondità del lobo destro. Quando la sede è ancor più nettamente epigastrica che nel caso nostro, può generare qualche errore diagnostico, come dimostra una recente osservazione di Santy e Morenas (*Presse Méd.*, 1931, p. 761), che hanno scambiato un ascesso amebico dell'ala sinistra del fegato con un'affezione neoplastica dello stomaco.

L'età del nostro paziente rappresenta un elemento di eccezione, essendo noto che la predisposizione all'ascesso epatico s'inizia all'epoca della pubertà, poi si accentua in seguito per raggiungere il massimo fra i 25 e i 40 anni; l'affezione diventa molto rara dopo i 60 anni.

Il caso nostro si presta a qualche altra considerazione importante, in rapporto al decorso dell'affezione morbosa durante la cura. Gli autori sono concordi nell'ammettere che pochi giorni dopo l'inizio della cura emetinica, negli ascessi epatici di media gravità, si cominciano a notare manifesti segni di regressione sia in rapporto ai fenomeni generali sia al reperto obbiettivo epatico ed ai disturbi vari a carico degli altri apparati, e che nei giorni seguenti la retrocessione dei sintomi essenziali si accentua ancor più: si possono seguire insomma ogni giorno le tappe di miglioramento dell'affezione morbosa. Tale rapida regressione non abbiamo constatata nel caso nostro, non ostante avessimo in un primo periodo somministrato ben 84 ctg. di emetina nello spazio di appena una settimana. Aggiungiamo che l'inizio della malattia, almeno in rapporto ai dati anamnestici, non poteva risalire a molto tem-

po addietro, nè l'ascesso risultava molto voluminoso, almeno per quanto era desumibile dal reperto obbiettivo. La scarsa efficacia terapeutica dell'emetina in primo tempo avrebbe potuto perciò scuotere la nostra convinzione di trovarci di fronte ad un caso di ascesso amebico, e farcelo ritenere di diversa natura, tanto più che persistevano i disturbi intestinali e che mancava il reperto amebico nel pus estratto con le punture esplorative. Però non abbiamo voluto rinunciare alla diagnosi dell'ascesso amebico, ed abbiamo ritenuto opportuno di sottoporre in secondo tempo l'infermo ad una cura a base di iniezioni intravenose di neosalvarsan, sia per interrompere la cura emetinica, che oltre certi limiti sappiamo poter compromettere la resistenza degli infermi e cagionare più o meno gravi fenomeni d'intossicazione, sia per aggiungere un altro mezzo di cura che l'esperienza dimostra efficace negli ascessi amebici (Ravaut e Krolunitsky), e che è stato propugnato da numerosi altri autori (Chauffard e Françon, Beau, Chaput, Périot e Oddo, Castaigne, ecc.), alternandolo naturalmente alla cura emetinica, con risultati molto soddisfacenti. Nel nostro caso la cura del 914 (fino alla dose globale di gr. 2,55) ha effettivamente coinciso con una più evidente regressione dei sintomi, così che dopo di essa abbiamo nuovamente sottoposto il paziente ad un'altra serie d'iniezioni di emetina (60 ctg. in 5 giorni), come per dare il colpo di grazia alla malattia, di cui abbiamo constatato la guarigione assoluta nelle due ultime punture esplorative, eseguite con intervallo di 6 giorni l'una dall'altra: punture esplorative negative, precedute da un'altra che aveva dimostrato l'esistenza di un pus più tenue e con note di più spiccata degenerazione degli elementi cellulari e di più abbondanti detriti necrotici. La nostra insistenza ha condotto a completa guarigione un soggetto nel quale senza di ciò la malattia avrebbe continuato a svolgersi, minando la vita dell'infermo o provocando facili complicazioni, a meno che non lo si fosse sottoposto a quell'intervento chirurgico che gli è stato risparmiato. La particolare sede dell'ascesso, sviluppato verso la superficie del fegato, rendeva non improbabile una irruzione del pus nella cavità peritoneale, determinando eventualmente anche una peritonite generalizzata.

Quale dei due rimedi ha avuto la parte maggiore nel determinismo della guarigione? Non credo sia facile dare su ciò una risposta esplicita: è probabile che l'emetina ed il 914 si sieno integrati a vicenda nell'azione terapeutica.

Questo caso dimostra anche che deve ritenersi forse prematuro il giudizio della inefficacia della cura emetinica nei casi nei quali essa non sembra dare in un primo tempo il desiderato successo; è necessario insistere nella cura, prima di formulare tale giudizio. Così ci sembra esagerato il rilievo critico di Serio, quando conclude per la nessuna efficacia della cura emetinica nel suo caso, per la sola considerazione che 39 ctg. di emetina non hanno portato a guarigione un voluminoso ascesso. Con ciò naturalmente non contestiamo l'esistenza di casi emetino-resistenti, che richiedono necessariamente l'intervento chirurgico.

Non ultimo scopo di questa mia nota è la possibilità di dimostrare indiscutibilmente la guarigione nel caso da me osservato. In molti dei casi riportati nella letteratura, il miglioramento e la guarigione sono spesso dedotti o dal decorso clinico o dalle constatazioni radiologiche o da altri elementi semeiologici indiretti non sempre suffragati dal controllo delle punture esplorative, che possono non essere sempre facilmente praticabili, specialmente nei casi in cui l'ascesso è molto profondo. Tali osservazioni possono generare il dubbio sulla reale guarigione anatomica. Nel caso nostro, dato il facile rilievo palpatorio della tumefazione ascessuale e la sua poca profondità, le punture esplorative si potevano eseguire tutte con estrema facilità, e tanto i reperti positivi quanto i negativi avevano un valore semeiologico assoluto, così che la guarigione anatomica potè infine accertarsi nel modo più indiscutibile. Si tratta perciò di un *caso eccezionalmente dimostrativo circa l'efficacia della terapia emetino-arsenicale nell'ascesso del fegato*, caso che per la sua evidenza contribuisce a smussare lo scetticismo di quegli autori che non sono ancora del tutto convinti della radicale efficacia della terapia medica nell'ascesso amebico del fegato, verità oramai inoppugnabile sulla quale Pontano ha tanto strenuamente insistito sulla base di una ricca messe di osservazioni personali.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce un caso di ascesso del fegato a sede non comune, curato e guarito nel modo più indiscutibile mediante la terapia emetino-arsenicale, e ne trae utili considerazioni dal punto di vista clinico e terapeutico, conside-

razioni che si riassumono nella opportunità di sottoporre i casi di ascesso epatico di origine presumibilmente amebica ad una pronta terapia emetinica, ed eventualmente neosalvarsanica, anche in assenza del reperto parassitoscopico positivo, e nella necessità di insistere nella cura medica anche nei casi in cui essa non sembra dare in primo tempo risultati manifesti.

Roma, 30 giugno 1931.

LEZIONI.

OSPEDALE CIVILE UMBERTO I — ANCONA.

Piccole insufficienze cardiache non manifeste. Necessità di rilevarle ed applicarne la cura (digitale).

LEZIONE del Prof. UMBERTO BACCARANI,
Direttore e medico primario.

L'uso della digitale non ha avuto fin qui tutte le applicazioni terapeutiche di cui è capace. Sono ancora molti i medici che non sanno dissociare questa droga dall'idea di malattia di cuore più o meno compensata.

La Clinica e la Fisiologia documentano — con l'esperimento sugli ammalati e con le ricerche di laboratorio — che la digitale ha una larghissima applicazione anche in quelle forme morbose nelle quali non si può ancora parlare di vera e propria malattia di cuore.

Non vi dirò quindi della digitale nelle cardiopatie in piccolo o grande scompenso, nè del meccanismo fisiologico della sua azione terapeutica, chè l'argomento è, si può dire, esaurito in ogni particolare. Ma vi parlerò dell'uso della digitale in tutte quelle sindromi di piccola insufficienza cardiaca che hanno il loro nutrimento etiologico e patogenetico: 1) nello stato generale degli ammalati, 2) nel corso di processi tossi-infettivi in atto, 3) in lievi incipienti lesioni del cuore.

Queste piccole insufficienze cardiache, che bisogna alcune volte ricercare con qualche astuzia anamnestica o semeiotica, sono molto frequenti ad osservarsi nella pratica corrente e ritraggono insperati vantaggi dall'uso ben maneggiato della digitale.

*
* *

Quali sono queste sindromi di *lieve insufficienza di cuore* e come possono essere diagnosticate?

Il cuore, in soggetti normali, ha un suo tono particolare — e adopero questa parola esclusivamente nel senso clinico — che è l'espressione più squisita dello stato del muscolo cardiaco, della sua armatura nervosa e dello stato generale degli infermi. Sicuro: anche le condizioni generali dei pazienti (stato di nutrizione, della crasi sanguigna, ecc.) possono avere facile e abbondante risonanza sul cuore nel senso di afflosciarne il tono e ridurre, quindi, la validità della rivoluzione cardiaca. Questa cognizione di clinica pratica non è forse abbastanza nota o piuttosto non è considerata e utilizzata a sufficienza.

In verità, è mai ammissibile che il cuore — il quale raccoglie e riassume la validità di tutto l'organismo — possa rimanere insensibile ad uno stato generale non buono, ad uno stato morboso che investe tutti gli organi?

« *Morbus est totius corporis* », diceva la Scuola di Salerno. La malattia impegna tutti i visceri. Non c'è quindi stato morboso, di una certa importanza, che non faccia risentire i suoi effetti dannosi anche sulla funzione cardiaca diminuendone, più o meno, la capacità dinamico-funzionale.

La contrazione cardiaca affievolita appesantisce a sua volta il funzionamento di tutti gli apparati dell'organismo, con danno manifesto della malattia fondamentale. Si costituisce in tal modo una specie di circolo vizioso — tutta la clinica è un circolo vizioso — che una saggia cura digitalica può grandemente migliorare.

Quando vi ho detto questo, vi ho anche detto quali e quanti sono gli stati morbosi nei quali il cuore è clinicamente sofferente, vale a dire in stato di minorata funzionalità.

Nelle sindromi oligoemiche, che hanno un « *pabulum* » patogenetico infinitamente vario e complesso; — nelle affezioni dell'apparato digerente con impegno della nutrizione e dello stato generale; — nelle forme tubercolari iniziali con offesa di tutto il tono dell'individuo; — negli stati post-infettivi e post-operatori; — nelle sindromi neurasteniformi; — nelle insufficienze più o meno marcate dei vecchi; — nel tabagismo, ecc.: in tutte queste circostanze, ed in moltissime che non vi ho ricordato, il muscolo cardiaco è sempre impegnato, e a volte così abbondantemente, da tener quasi il governo della malattia fondamentale.

A fortiori la funzionalità del cuore è sempre interessata nelle tossi-infezioni acute o subacute di qualunque natura esse siano.

In queste circostanze — anche senza che si possa parlare di vera e propria miocardite — il muscolo cardiaco è convogliato nel processo infettivo donde, per dato e fatto di questa « *asthenia cordis* », una insufficiente e torpida funzionalità vitale di tutti i visceri e apparati dell'organismo.

In casi non rari anzi è proprio lo stato del cuore che colora la faccia clinica, l'andatura e la prognosi di quella data infezione.

Ora io vi dico che in tutti questi casi la cura digitalica dà dei risultati eccellenti, in quanto rialza il tono cardiaco, diminuisce la fre-

quenza del polso, aumenta la pressione cardio-vascolare, migliora la nutrizione dei visceri. Breve: dà largo ed ampio respiro all'apparato cardio-vascolare, con grande beneficio di tutta l'economia dell'organismo.

Purtroppo, come vi accennavo in principio, l'uso di un buon preparato di digitale in questi stati morbosi non è ancora abbastanza diffuso. Ed è male, poichè io posso assicurarvi, per esperienza mia personale e per quello che hanno osservato e riferito molti illustri osservatori, che in queste sindromi di piccola insufficienza cardiaca l'uso della digitale porta un sorprendente contributo al miglioramento della malattia fondamentale, rialzando e mantenendo poi normale la capacità lavorativa del muscolo cardiaco.

***

Naturalmente l'indicazione della digitale appare anche più evidente in tutte quelle forme morbose nelle quali la lesione, se bene lievissima, ha il suo nutrimento proprio nella carne del cuore.

In tutte quelle piccole cardiopatie, poco rumorose soggettivamente e povere nell'esame obiettivo, l'uso saggio e continuato della digitale porta ottimi benefici ai nostri pazienti.

Si tratta di lievi sofferenze che datano da molto tempo, che permettono di attendere alle occupazioni abituali e alle quali i vostri clienti danno poca o punta importanza; ma si tratta di sofferenze che abbandonate a sè stesse, vale a dire non curate bene ed in tempo, peggiorano sempre più fino a divenire, prima o poi, delle cardiopatie conclamate.

È quindi in questo periodo dello scompenso appena accennato o anche solo episodico, che coteste lesioni del cuore debbono essere curate. Attendere, come fanno alcuni medici, che la malattia di cuore sia ben completa, quasi scolastica, è perdere un tempo prezioso. Dico di più: è compromettere la possibilità di mantenere a lungo, molto a lungo, un buon compenso.

Io so di molti ammalati con lesioni valvolari in atto, i quali, con una buona norma di vita, e facendo uso tratto tratto e regolarmente di digitale, hanno potuto mantenere per moltissimi anni e mantengono anche attualmente il loro buon compenso ed attendono ai loro uffici.

Un distinto collega mi riferiva che da parecchio porta una miocardite in compenso instabile; ma facendo uso ogni tanto di poche gocce di soluzione al millesimo di digitalina Nativelle ne ritraeva così grande vantaggio da mantener salda ed intatta la sua eccezionale attività. Il cuore riprendeva il suo passo regolare ed i toni riacquistavano la validità e consistenza normale. E, naturalmente, magnificava la necessità di usare il prodotto in dosi modeste, a lungo e con periodi di pausa.

***

Come diagnosticare questi stati morbosi di piccola insufficienza di cuore, nei quali la sindrome cardiaca è coperta dallo stato generale o dalla malattia fondamentale? Come diagnosticare queste piccole cardiopatie — nelle quali la semeiotica, fisica e funzionale, è ridotta ai minimi termini?

Io vi dico subito che il problema diagnostico, anche in queste condizioni, è molto facile. Non vi è neppur bisogno di nessun istrumento speciale; è più che sufficiente un buon interrogatorio ed un accurato esame obiettivo.

Naturalmente anche le ricerche di laboratorio sarebbero vantaggiose; ma io parlo per i pratici, cioè per la grandissima maggioranza di Medici i quali, per esercitare la loro professione, non posseggono che l'arte di saper bene interrogare i loro ammalati e di esaminarli con i metodi della vecchia e non mai sorpassata semeiotica ordinaria.

Questi ammalati adunque — quelli che portano una lieve insufficienza cardiaca in rapporto e per causa del loro stato generale non buono — dichiarano di avere un po' di affanno e batti-cuore alle fatiche anche lievi; di avvertire un senso vago di oppressione alla regione cardiaca; di avere delle precardialgie; di sentirsi fiacchi, ecc. Si nota, cioè, una manifesta sproporzione tra le condizioni generali del paziente e le sofferenze soggettive a carico del cuore, tanto che questa dissociazione clinica appare manifesta anche agli stessi ammalati e fa loro dubitare fortemente di essere dei sofferenti di cuore.

L'esame obiettivo poi conferma il giudizio di insufficienza cardiaca, poichè in questi soggetti i toni si ascoltano fiacchi, flosci e lontani ed i polsi sono assai più frequenti di quel che non importerebbe l'impegno dello stato generale. Aggiungete, e la prova è facile, una frequenza del polso eccessiva e protratta alla prova della fatica; una pressione cardio-vascolare un po' bassa, ecc.

Le piccole sofferenze accusate dagli ammalati ed i facili rilievi del vostro esame obiettivo — sproporzionati, ripeto, al loro stato generale — si completano e si perfezionano a vicenda e costituiscono un fascio di elementi da autorizzare la diagnosi di piccola insufficienza cardiaca complicante quella data forma morbosa.

Nelle malattie tossi-infettive lo stato del cuore è sempre più o meno interessato. Siamo di accordo. Ma vi sono degli ammalati nei quali la sindrome della insufficienza di cuore è maggiore di quella che si suole abitualmente osservare. In questa disamina di sintomi, in questo proporzionare il quadro clinico della insufficienza cardiaca con la malattia pura e semplice, si dimostra il sapore clinico del medico saggio.

Ma quando nel tempo di un dato processo acuto o subacuto si hanno fenomeni dinamici più manifesti e durevoli di quel che non importi la resistenza del soggetto e la malattia per sè stessa; quando il polso è assai più frequente e vuoto di quel che voglia la febbre; e le estremità un po' fredde e con tendenza alla cianosi; quando l'ammalato ha una sfumatura di ambascia respiratoria, allora si può essere certi che quella data tossi-infezione, in quel dato soggetto e in quel dato momento, ha interessato oltre la norma la carne del cuore. Da questo momento la malattia può prendere un decorso più grave e la forma morbosa rimane come rivestita dalla sindrome dell'insufficienza cardiaca.

Voi capite che in questi casi non solo è consigliabile, ma è assolutamente necessario migliorare il tono cardiaco. Ora nulla di più efficace, di più sicuro dei preparati digitalici a piccole dosi.

Finalmente negli ammalati con piccole cardiopatie — i quali assai più degli infermi degli altri due gruppi si giovano della digitale somministrata a intervalli e a lungo — la diagnosi non è punto difficile.

Infatti oltre l'anamnesi molto significativa e le solite lievi sofferenze del primo stato della malattia, si rilevano lesioni obbiettive dell'apparato cardio-vascolare che commentano e illustrano la cagione patogenica dei disturbi accusati da questi ammalati.

*
* *

Concludendo non è difficile in tutti questi ammalati, portatori di processi morbosi vari, ma che hanno in comune la sindrome della piccola insufficienza cardiaca, di sorprendere, con l'anamnesi e l'esame obiettivo, la insufficienza della meccanica cardiaca.

Ci vuole, è vero, in qualche esemplare, un po' di accorgimento clinico, ma qui per l'appunto si dimostra l'abilità e la sapienza del medico. Infatti il compito del medico moderno non è già quello di diagnosticare le malattie manifeste in ogni particolare, cioè con tutta la sintomatologia classica del processo morboso avanzato; ma di sorprenderle nel loro primo divenire, utilizzando l'anamnesi e praticando un buon esame obiettivo. Non deve essere la malattia che si esibisce al medico, ma deve essere il medico ad andare in cerca della malattia e scoprirla.

Le cardiopatie diagnosticate precocemente, curate con un programma igienico e terapeutico conveniente, possono migliorare grandemente, restare a lungo compensate e in alcuni casi fortunati andare a perfetta guarigione clinica.

Rimandare quindi la cura digitalica a cardiopatia scompensata, vuol dire perdere un tempo prezioso e compromettere irreparabilmente il decorso della malattia.

*
* *

Io mi giovo, nella mia pratica cardiologica di un alcaloide della digitale, scoperto allo stato cristallizzato da Nativelle nel 1872 e designato « Digitaline Nativelle », non della digitale *in toto*. Eccone la ragione. La digitale, come sapete, è un medicamento infido, in quanto il suo valore terapeutico varia grandemente in rapporto all'annata della raccolta, alla località nella quale vegeta, all'età della pianta, alla stagionatura, ecc.; insomma, per una quantità di cause variabilissime, per cui la droga non ha sempre un valore terapeutico uguale a sè stesso.

La digitalina Nativelle, invece, ha una struttura chimica ben definita, un'azione terapeutica fedelissima (Huchard), tanto che a buon diritto ha larga diffusione, è prescritta dai cardiologi ed è consigliata nei buoni trattati di malattie del cuore.

Aggiungete che è facilmente maneggiabile, potendo essere prescritta anche a dosi lievissime, a seconda dei casi.

Con questo preparato ho ottenuto degli ottimi risultati in tutte quelle forme di piccola insufficienza cardiaca, nelle quali è necessario migliorare e mantenere buono il tono del cuore, usando sempre le minime dosi: da 5 a 10 gocce, a seconda dei casi, nelle 24 ore, per più giorni consecutivi, alternando periodi di cura con periodi di riposo.

SUNTI E RASSEGNE.

PANCREAS.

Diagnosi dell'insufficienza pancreatica.

(M. Labbé e F. Nepveux, *Presse Méd.*, 6 maggio 1931).

La diagnosi dell'insufficienza pancreatica esterna è un problema che si presenta molto frequentemente in clinica e che, malgrado i procedimenti di esame numerosi proposti in questi ultimi anni, resta sempre molto delicato.

Il sintomo da più lungo tempo noto dell'insufficienza digestiva pancreatica consiste nell'aspetto macroscopico delle feci, che contengono numerosi alimenti indigeriti. Esso è stato precisato con l'esame istologico delle feci e sopratutto con lo studio del bilancio coprologico.

Quando il regime alimentare è conveniente dal punto di vista della quantità e della qualità e se la durata della traversata digestiva è normale, l'abbassamento del coefficiente di assorbimento delle albumine e dei grassi cade, nelle gravi affezioni pancreatiche, ad un tasso che non si vede nè nelle affezioni dello stomaco nè in quelle del fegato e dell'intestino. Nello stabilire questo coefficiente, non basta considerare i grassi, poichè, nei casi accompagnati da ittero, che sono assai frequenti, l'insufficienza biliare basta a determinare un difetto di digestione e di assorbimento dei grassi accentuato come nell'insufficienza pancreatica. È indispensabile misurare dunque anche il coefficiente di assorbimento delle albumine, di cui l'abbassamento è l'indice principale dell'insufficienza pancreatica.

Perchè le cifre siano attendibili, occorre prendere diverse precauzioni. Anzitutto il metodo di dosaggio dei grassi deve essere ben scelto e rigorosamente applicato. Inoltre, per correggere le irregolarità inevitabili nella durata della traversata digestiva e nell'eliminazione fecale, è indispensabile prolungare il periodo di osservazione per almeno tre giorni.

Il regime alimentare dato al malato deve essere composto di alimenti a composizione nota e rigorosamente pesati. Il sistema del pasto di prova unico, di cui si cerca di delimitare le eliminazioni fecali corrispondenti per mezzo del carbone o del carminio, non deve mai essere impiegato, perchè fonte di errori notevoli.

Lo studio dello sdoppiamento delle materie grasse nell'intestino può servire alla diagnosi; ma non ha che un valore secondario.

Il metodo dei bilanci coprologici è il più esatto ed il più sicuro per le grandi insufficienze pancreatiche (cancro della testa del pancreas, ittero cronico, pancreatite cronica, cirrosi epato-pancreatica, diabete magro, denutrizione rapida, ecc.). È però ha l'inconveniente di non mettere in evidenza le piccole alterazioni della secrezione pancreatica.

Esistono verosimilmente delle dispepsie pancreatiche leggere, ma noi ignoriamo i loro sintomi perchè non possiamo scoprirli. In questi casi il difetto della secrezione pancreatica può essere compesato da altre secrezioni digestive e dall'azione dei batteri intestinali.

Si è quindi cercata una sostanza alimentare su cui il succo pancreatico eserciti un'azione quasi specifica. Schmidt ha proposto la prova della digestione dei nuclei, fondata sul fatto che il succo pancreatico, a differenza del succo gastrico, digerisce le nucleo-albumine. Secondo gli AA. la prova dei nuclei ha un valore assoluto se la durata della traversata digestiva è stata almeno di venti ore e non ha oltrepassato le ventisei ore. Essa però non può essere impiegata come prova unica, poichè vi sono dei casi in cui, a causa della durata anormale, troppo corta o troppo lunga, della traversata digestiva, la prova dei nuclei non può fornire delle conclusioni.

Un'altra ricerca, che ha un reale valore diagnostico, è quella del dosaggio diretto delle diastasi nella secrezione pancreatica ottenuta per sondaggio. Per ottenere un liquido duodenale più ricco di diastasi pancreatiche, sono stati proposti vari metodi.

Gli AA. hanno adottato, come sostanza eccitatrice, l'etere, che presenta il vantaggio di non introdurre che una piccola quantità di liquido nel duodeno, di non diluire i succhi, di non inibire l'azione delle diastasi e di non turbare l'impiego dei reattivi della tripsina, come può farlo un alimento contenente dell'albumina. Per sbarazzare il liquido duodenale dalla bile, gli AA. iniettano una soluzione di solfato di magnesio che vuota la cistifellea. Quando la bile viene secreta in minore quantità nel duodeno, il succo che si ritira è poco colorato e relativamente puro.

Chirai, per eccitare la secrezione pancreatica, adotta l'iniezione endovenosa di secretina purificata. Nei soggetti sani, l'iniezione di secretina provoca una secrezione abbondante, della durata di mezz'ora circa, di succo pancreatico con ipersecrezione di lipasi e di tripsina, mentre nei soggetti con alterazione del pancreas la secrezione del succo pancreatico con i suoi fermenti è nulla o insufficiente.

Con questo metodo non si tiene conto solo della quantità di succo pancreatico secreto o della quantità dei fermenti dosati in questo succo, ma anche della curva della secrezione dei fermenti dopo l'iniezione di secretina.

In conclusione, lo studio del bilancio coprologico, la prova della digestione dei nuclei ed il dosaggio dei fermenti pancreatici nel liquido duodenale, quando siano adoperati simultaneamente, in modo che l'un metodo controlli l'altro, ci danno molto spesso una risposta decisiva circa le condizioni funzionali del pancreas.

C. TOSCANO.

Alterazioni del pancreas nella tubercolosi.

(F. GALLART MONÉS. *Revista de higiene y de tuberculosis*, marzo 1931, n. 274).

Le alterazioni del pancreas di origine tubercolare hanno una semeiologia non ben definita, data la scarsezza delle osservazioni esistenti.

Da molti anni l'A. esamina sistematicamente il pancreas dei tubercolosi: con frequenza ha incontrato la forma di pancreatite sclerosa causante modificazioni macroscopiche della ghiandola, spesso, ipertrofia. Più rara è la forma atrofica, nella quale il parenchima della ghiandola è quasi scomparso. La sclerosi predomina talora alla periferia del pancreas, invadendone l'interno tardivamente. Questo si osserva specialmente nelle peritoniti tubercolari. Vi sono casi nei quali il volume e la forma del pancreas non mostrano alterazioni che si rivelano invece microscopicamente. La sclerosi che esiste nei punti ove normalmente vi è tessuto connettivo, si fa molto manifesta intorno ai vasi e più specialmente intorno ai condotti escretori. Nelle autopsie recenti con frequenza si nota degenerazione grassa e steatosi molto più accentuate che in pancreas di altri morti per tossinfezione. È raro l'aumento di volume degli elementi cellulari: è reperto raro quello di gangli caseificati intraparenchimatosi. Alcuni autori descrivono una tubercolosi granulica del pancreas: è difficile però ammettere una granulia a spese degli acini.

Carnot ha individualizzato un'altra forma di tubercolosi pancreatica, il linfoma tubercolare. Corrisponde ad una lesione sperimentale provocata nel cane e microscopicamente caratterizzata da infiltrazione leucocitaria, fibrosi, con scomparsa degli elementi glandulari.

Dal punto di vista clinico è impossibile nel momento attuale fare una descrizione delle diverse forme per facilitare la diagnosi.

I disturbi che possono tradire una lesione pancreatica, nel corso di una tubercolosi, sono disturbi digestivi dolorosi, cioè fenomeni di insufficienza pancreatica con diarrea, in genere spumosa, con segni evidenti di putrefazione delle albumine e fermentazione degli idrati di carbonio, molte volte è diarrea dolorosa (irritazione secondaria dell'intestino, violenza delle contrazioni intestinali), talora è incoercibile. Quello che caratterizza la diarrea pancreatica è la presenza di residui alimentari abbondanti, grassi, idrocarbonati, muscoli, ecc. Il dato di maggior valore è la diminuzione dei fermenti pancreatici nel succo duodenale e nelle feci. La forma dolorosa si caratterizza perchè il dolore domina la scena sia in modo continuo, sia in modo parossistico sempre accompagnato da disturbi digestivi. La sede del dolore è all'epigastrio con irradiazioni marcate verso sinistra, alla regione lombare ed agli arti inferiori. Generalmente corrisponde ad un punto dorsale (prima vertebra lombare): la patogenesi deve riconoscersi nella irritazione del plesso solare e nella compressione dei suoi rami nervosi per peritoniti localizzate, briglie, aderenze, o per compressione di gangli. Questa patogenesi nervosa si manifesta quando appare una colorazione speciale dei tegumenti « melanodermia » simile alla Addisoniana.

La pancreatite tubercolare della forma itterica fu descritta da Villaret e Chabrol. Non è necessaria, come nel caso da essi descritto, la presenza di una peritonite fibroadesiva. Altra forma clinica molto più rara è la tubercolosi del pancreas a forma tumorale.

Mancano studi per stabilire come queste eventualità possano stabilirsi: la ipotesi che per prima viene alla mente è che possa avvenire una infezione per via sanguigna, in accordo con la struttura della ghiandola, ricca di vasi.

Questa patogenesi è stata stabilita per molte altre infezioni (tifo, difterite, ecc.) nella patologia del pancreas, Gilbert e Weil accettano la concezione di una localizzazione secondaria ad una alterazione tubercolare dell'intestino o del peritoneo: il bacillo di Koch seguirebbe la via linfatica determinando la caseificazione dei gangli interpancreatici agendo con i prodotti di secrezione sopra il tessuto glandolare che reazionerebbe con una sclerosi. In conclusione si può dire che numerosi fattori intervengono nella patogenesi della pancreatite tubercolare e che schematicamente si possono distinguere due gruppi corrispondenti a due varietà anatomiche ben differenziate: la forma sclerosa originantesi per via sanguigna, la forma caseosa, complicata da sclerosi o da ascesso tubercolare, che origina per via linfatica.

MONTELEONE.

Ricerche sperimentali sulla fistola pancreatica esterna completa.

(LAQUA. *Bruns's Beitr. z. Klin. Chir.*, 150, H. 3).

L'A. asserisce che il pancreas del cane oltre i due dotti, wirsungiano ed accessorio ne possieda un terzo ed anche un quarto ciò che

rende difficile l'isolamento e l'abboccamento allo esterno per le ricerche del succo pancreatico o la legatura dei dotti.

Ricorda il metodo di Heidenhain per ottenere una fistola pancreatica che consisteva nello staccare il pezzo di duodeno che contiene il dotto wirsungiano, unire capo a capo lo stomaco col tenue, mentre il cilindro di duodeno spaccato col suo peduncolo mesenteriale, viene suturato alla parete addominale. A questo metodo può esser fatto l'appunto come ad altri di possibili necrosi postoperatorie.

L'A. si è proposto il piano seguente:

Sezione dopo doppia legatura del coledoco e colecisto-gastrostomia, gastroenterostomia, resezione del piloro, interruzione del duodeno dopo l'ultimo sbocco del pancreas e chiusura a fondo cieco dei due capi, formazione di una fistola alla Witzel nel pezzo di duodeno escluso. L'atto operativo però riesce grave e i cani non lo sopportano per cui ha proceduto in due tempi facendo nel primo la legatura del coledoco, la colecisto-gastro-stomia e la gastroenterostomia, nel secondo l'esclusione del duodeno e la fistola. Gli animali rapidamente dimagravano e morivano per cui pensò di aggiungere ancora nel primo tempo anche la sezione del piloro. Ricorda le esperienze fatte nel 1924 da Bedarida, il quale osservava la morte di tutti gli animali con gravi lesioni duodenali.

Gli animali operati dall'autore sopportavano bene l'atto operativo ma morivano ordinariamente 7 giorni dopo il secondo intervento. Per la spiegazione di tale morte non influiva la esclusione del duodeno poichè gli animali possono sopportare con una buona tecnica la duodenectomia totale. Invece si deve ammettere con Pflüger che nel duodeno esiste un centro nervoso antidiabetico.

Molti AA. sono venuti alla conclusione che l'estirpazione totale del duodeno riguardo alla vita è un problema di tecnica e non biologico. Perfettamente il contrario crede l'A. che ammette che l'ablazione totale del secreto pancreatico è un puro problema biologico e non è compatibile con la vita.

Ricerche consimili hanno fatto in America Walters e Bollmann che in una prima ricerca portavano all'esterno la secrezione pancreatica e biliare: nella prima seduta veniva sezionato il piloro e lo stomaco veniva abboccato con un'ansa dell'ileo termino-lateralmente, nella seconda seduta veniva escluso il duodeno ed il suo capo periferico abboccato alla parete addominale.

Gli animali così operati morivano al 7°-8° giorno dalla seconda operazione.

Quando invece impiantavano il coledoco ed il dotto principale del pancreas nell'ansa digiunale, pur escludendo il duodeno gli animali sopravvivevano per lungo tempo.

Così che la morte si doveva nel primo caso al secreto pancreatico o a quello biliare o a tutti e due insieme e non alla deviazione del succo duodenale. In una altra modalità lasciavano il dotto pancreatico nell'ansa digiunale e il coledoco nell'ansa duodenale esclusa e gli animali sopravvivevano. Così che l'azione letale era dovuta non alla esclusione della bile o del succo duodenale ma a quella del succo pancreatico.

Alle stesse conclusioni è venuto l'A. direttamente isolando all'esterno il solo secreto pancreatico mediante esclusione dell'ansa duodenale o di un tratto di stomaco con l'abboccamento del dotto e derivazione all'esterno. In 21 cani operati, con assoluta regolarità si aveva la morte 5-7 giorni dopo l'operazione di esclusione del secreto pancreatico all'esterno. Alla sezione degli animali non si notò alterazione degli organi che spiegasse la morte. Si poteva dire che quando gli animali vivevano la esclusione del pancreas non era completa.

Crede che nella deviazione totale all'esterno del secreto pancreatico si verifichi una tossiemia dovuta ad alterazioni sanguigne per una perdita di acidi e cloruri ed un aumento delle sostanze ureiche come si rileva dalle ricerche di Walters-Bollmann. R. BRANCATI.

ORGANI GENITALI MASCHILI.

Corionepitelioma del testicolo con ginecomastia e con alcuni segni di gravidanza.

(HEIDRICH, FELS e MATHIAS. *Brun's Beit. z. Klin. Chir.*, Bd. 150, H. 3).

Vi sono due specie di corionepiteliomi, una che proviene dai trofoblasti di un uovo fecondato, l'altra da un tessuto trofoblastico in un teratoma. La prima sta nelle portatrici in relazione di discendenza, la seconda viene nell'uomo e nella donna in relazione di consanguineità, giusto come una cisti dermoide tridermica.

Si può dire che l'origine di un corionepitelioma è un embrione od un embrioma. Il corionepitelioma consaguineo è molto raro nella donna; ma nell'uomo per quanto non sia molto frequente è stato osservato varie volte fin da epoche remote in scritti di Malassez e Monod sotto il nome di sarcoma angioplastico del testicolo. Sull'interpretazione di questi tumori come corionepiteliomi hanno discusso Moenckeberg e Sternberg specialmente con la dimostrazione delle funzioni coriali, e con il concorso dei segni di una gravidanza come la lattazione in donne vergini.

Nell'uomo sono stati descritti c. e. estragenitali nel diaframma, nell'omento con metastasi epatiche, nel mediastino, nel tessuto retroperitoneale.

Complessivamente nella letteratura fino al 1929 sono stati raccolti da D'Arcy Prendergast 118 casi di c. e. dell'uomo. Eccetto qualche caso l'età di predilezione è stata compresa fra il 2° e 4° decennio di vita ciò che è stato riportato ad una buona sanguificazione del testicolo maturo funzionante. Mentre nel criptorchismo si ha più frequentemente l'insorgenza di altri tumori maligni che non nel testicolo sviluppatisi normalmente è raro trovare criptorchismo e corionepitelioma.

Nell'accrescimento del tumore hanno grande importanza i traumi come si rileva dai casi di Emanuel, di Hedinger, Volkmann e in quello degli autori e che ascenderebbe secondo alcuni alla frequenza del 50 %.

Fra i sintomi clinici vi è specialmente un precoce e rapido decadimento delle forze anche quando il tumore è ancora piccolo e indistinto. Si possono avere elevazioni termiche ed una rapida cachessia dovuta ad intossicazione da prodotti di necrosi. Il tumore primitivo può rimanere indolente. Le metastasi possono avvenire in qualunque organo per via ematica e per via linfatica. Fra gli organi è colpito molto da metastasi il polmone e delle ghiandole linfatiche i gangli retroperitoneali lungo l'aorta che possono raggiungere dimensioni di una testa e produrre per compressione idronefrosi e dare delle nevralgie a tipo ischiatico. Si hanno inoltre accrescimenti di ghiandole a secrezione interna che fanno ammettere l'intervento di sostanze ormoniche attive provenienti dal blastoma. Per questo riesce molto interessante un caso osservato nella clinica chirurgica di Küttner. Un uomo di 35 anni che aveva avuto nel testicolo sin. un trauma vide comparire nel punto una tumefazione che andò crescendo. All'esame clinico presentava ghiandole ingrossate all'ascella e nella fossa sopraclavicolare, ombre neoplastiche nel polmone, le mammelle ingrossate e secernenti, una tumefazione nel testicolo sin., lungo il funicolo noduli vari. Fu asportato il testicolo sin. e le ghiandole lungo il cordone; l'esame istologico diede un corionepitelioma.

Le mammelle si ingrossarono ancora fino alla grandezza d'un pugno e davano secreto abbondante bruno, con grande quantità di colostro. Dopo circa 3 mesi il paziente venne a morte e dopo 2 ore fu praticata l'autopsia dal prof. Mathias. Oltre i reperti riscontrati all'esame clinico nell'ascella e nella fossa clavicolare e all'ingrossamento delle mammelle furono riscontrati ammassi neoplastici nelle ghiandole retroperitoneali, nell'ilo polmonare, nel polmone, sul diaframma. In un primo esame istologico del tumore del testicolo fu trovata in qualche punto una struttura teratomatosa con parti che richiamavano il tubo respiratorio e digerente; in altre parti, specialmente nelle ghiandole, fu trovato un aspetto di corionepitelioma con numerosi vasi, cellule di Langhans e sincizi cellulari che avevano una grande somiglianza con le cellule della decidua. Nel testicolo destro si trovava una struttura normale con una spermatogenesi molto limitata simile a quella senile.

L'ipofisi mostrava il classico quadro della gravidanza non a termine: eosinofili diminuiti di numero, le cellule speciali con protoplasma e nucleo ingrandito, fortemente granulose. Nella mammella si trovava un ricco stroma in cui giacevano numerosi gruppi ghiandolari con dotti con contenuto a tipo colloide e con cellule di colostro.

Fu trovata una forte iperplasia della parte ghiandolare della prostata ed iperplasia anche dell'epitelio delle vescichette seminali con proliferazioni papillari. I fatti più salienti presentati da questo caso di corionepitelioma erano: le variazioni dell'ipofisi, la ginecomastia, l'iperplasia della prostata e delle vescichette seminali.

Il sintoma della ginecomastia è stato trovato in 8 casi ed appartiene agli stadi ultimi della malattia quando si hanno numerose metastasi. Le alterazioni dell'ipofisi sono poco note perchè non sono state sistematicamente ricercate, esse sono simili a quelle della gravidanza e a quelle che si trovano nei castrati e nei cretini.

La ginecomastia verrebbe spiegata con l'intervento di una sostanza a tipo endocrino.

È noto che alterazioni della funzione testicolare possono apportare alterazioni nelle secrezioni interne con produzione di diabete, morbo di Basedow, acromegalia, ad alterazioni della potenza ma non a ginecomastia.

Schultze riguarda l'ipertrofia mammaria nell'uomo come una reazione specifica del corionepitelioma ed è da attribuire ad un ormone formatosi nel tumore come avviene negli adenomi insulari del pancreas con formazione di insulina e ipoglicemia.

La relazione fra ipofisi e genitali è nota da lungo tempo; sono recenti le conoscenze che si devono a Zondek e Aschheim. Se in un topo infantile di 6-8 gr. si innestano dei pezzi di ipofisi dopo 72-100 ore l'animale va in caldo ciò che si ha anche iniettando ormone ovarico; però nel caso dell'ipofisi si producono delle variazioni negli organi genitali: mentre l'ormone ovarico agisce anche su essi ma specialmente sull'ovaio. Infatti questo non ha azione nei castrati.

Questa azione dell'ormone ipofisario è utilizzata in una reazione per saggiare la gravidanza basata sul fatto che nei primi giorni di essa si ha un enorme aumento della secrezione ipofisaria nel sangue e nelle urine (reazione della gravidanza di Aschheim e Zondek). Se s'inietta dell'urina di donna sospetta gravida in un topo infantile e questo reagisce con l'entrata in calore si ha la reazione positiva di gravidanza.

Secondo Aschheim-Zondek ed Ewans l'ipofisi

non produrrebbe un ormone ma 3 secreti, un ormone dell'accrescimento, un ormone per la maturazione dei follicoli (Prolan A) ed un ormone luteinico (Prolan B). Per il corionepitelioma che si può considerare come una gravidanza si ha un enorme aumento dell'ormone ipofisario ed anche degli ormoni sessuali.

Nel caso degli autori tre mesi prima della morte del paziente fu trovata la reazione di Aschheim positiva tanto per l'ormone ipofisario quanto per l'ormone sessuale femminile.

R. Brancati.

L'intervento per ectopia inguinale alto-situata.

(Folliasson e Garophalides. *Rev. d. chir.*, n. 1, 1931).

Secondo gli AA. gli ostacoli per un abbassamento sufficiente del testicolo ritenuto in alto nel canale inguinale sono rappresentati dal canale peritoneo-vaginale, dai vasi del cordone spermatico, dal deferente.

Il canale peritoneo-vaginale può essere facilmente separato dai vasi spermatici, ma aderisce fortemente al deferente. Occorre dunque aprire il dotto peritoneo-vaginale molto in alto e liberarlo dal deferente con due incisioni, una all'interno e una all'esterno, parallele al deferente stesso, fino a oltrepassare l'orificio profondo del canale inguinale.

Il cordone spermatico si lascia facilmente separare e per la sua elasticità non può costituire un ostacolo importante all'abbassamento del testicolo.

Il deferente invece costituisce il più delle volte l'ostacolo più grave ma la sua azione è indiretta ed è dovuta a due ripiegature, a due curve, che descrive nel suo decorso: una a livello dell'arteria epigastrica e l'altra in prossimità dell'orificio profondo del canale inguinale. L'apertura della parete posteriore del canale inguinale e la sezione dell'epigastrica permettono, col raddrizzamento di queste due curve, di guadagnare parecchi centimetri e in ogni caso di potere abbassare sufficientemente il testicolo per una fissazione corretta. Il miglior metodo di fissazione è per gli AA. quello transcrotale di Ombredanne. G. Pacetto.

Torsione endovaginale del testicolo.

(E. Truc e J. Héran. *Arch. soc. scienc. méd. et biol. de Montpellier*, marzo 1931).

Gli AA. riportano due osservazioni e rilevano anzitutto che tale lesione si presenta spontaneamente; senza che siano preceduti nè traumatismi, nè sforzi violenti.

La presenza anormale e l'allungamento del mesotestis danno una grande mobilità al testicolo e gli permettono, sotto l'azione di una contrazione del cremastere, di torcersi attorno ad un asse verticale.

Queste torsioni si hanno, di solito, nell'adolescente; la comparsa improvvisa dei fenomeni dolorosi al testicolo, l'assenza di scolo uretrale, il rossore dello scroto e lo stato normale della prostata permettono di sospettare la vera natura dell'affezione. È soprattutto importante di evitare la confusione con l'orchite acuta gonococcica e con la tubercolosi acuta del testicolo. L'esistenza anteriore di crisi di subtorsione aiuta di molto la diagnosi.

L'intervento precoce, consistente in fissazione del testicolo o, più semplicemente, in detorsione della vaginale, può permettere la conservazione del testicolo. Se si interviene troppo tardi, sia che si proceda alla castrazione, sia che si lasci il testicolo (che poi si sclerosa e si atrofizza) il risultato è identico, cioè la perdita della funzione. *fil.*

MEDIASTINO.

Contributo alla chirurgia clinica dei tumori del mediastino.

(K. Middeldorpf. *Dts. Zeit. f. Chir.*, vol. 229, ottobre 1930).

L'A. esamina, in questo articolo, da un punto di vista clinico lo sviluppo dei tumori nel mediastino, dimostrando come nello stabilirsi del restringimento del cavo mediastinico e dell'aumento della pressione intervengono processi di adattamento e di equilibrio anatomici e funzionali che variano secondo lo sviluppo infiltrativo o espansivo del tumore. I processi anatomici consistono nella cedevolezza della pleura mediastinica, nella spostabilità degli organi e nella resistenza propria di ciascun organo e si manifestano attraverso segni clinici e radiologici.

Fra i processi di equilibrio funzionali ha la massima importanza lo stabilirsi del circolo collaterale nella stasi venosa.

In seguito l'A. esamina i diversi risultati sperimentali ottenuti da Jehn e Nissen aumentando artificialmente la pressione nei vari settori del mediastino e li paragona ai dati clinici mettendo in evidenza la difficoltà della diagnosi della specie del processo morboso.

Infine tratta le indicazioni chirurgiche dei processi comprimenti il mediastino, e riferisce i metodi operatori della clinica di Sauerbruch.

La mediastinotomia anteriore e superiore, mediante l'apertura dello sterno, è indicata in casi di compressione grave da qualunque causa (mediastinotomia decompressiva). Negli operati della clinica di Sauerbruch si ebbero risultati buoni e durevoli in casi di aneurismi aortici, linfogranulomatosi e cattivi (esito dopo poche ore o pochi giorni) nei tumori maligni (carcinomi polmonari comprimenti il mediastino).

La mediastinotomia ant-sup. può essere utilizzata per asportare dei tumori benigni mediastinici: l'A. riferisce sopra due casi di grossi gozzi intratoracici operati in tal modo con successo da Sauerbruch.

La mediastinotomia anteriore laterale con abbattimento di qualche costa e apertura o no dello sterno, trans- o extrapleurica è indicata per neoformazioni giacenti asimmetricamente o molto grosse, in genere cisti del mediastino anteriore, per cui si è dimostrato efficace anche il piombaggio. La via transpleurica è il metodo di elezione per le neoformazioni del mediastino posteriore. Ai 13 casi di mediastinotomia posteriore per tumori (condromi, fibromi, sarcomi, ganglioneuromi del simpatico) sinora noti nella letteratura, l'A. ne aggiunge tre in due dei quali (1 ganglioneuroma e 1 lipoma retropleurale della parete toracica) la asportazione fu seguita da guarigione; nel terzo caso (condroma) si ebbe la morte per insufficienza di circolo.

P. STEFANINI.

Gli interventi nelle cisti dermoidi mediastiniche.

(G. HENER. *Ann. of Surgery*, ottobre 1929).

L'A. che ha avuto occasione di operare 4 casi di cisti dermoidi mediastiniche propone che le cisti sterili si debbano preferibilmente operare attraverso una lunga incisione intercostale, con resezione di una sola costa o senza. Invece nelle cisti suppurate egli crede che è meglio intervenire in modo da poter isolare la cisti dalle strutture circostanti. Forse la miglior via è attraverso la resezione di un certo numero di coste. Inoltre in questi casi è meglio prima far esaurire la suppurazione e poi intervenire coll'asportazione della cisti.

Il miglior metodo di cura è l'asportazione completa della cisti. L'A. ha anche eseguito uno studio completo della letteratura sull'argomento e ha visto come questi interventi radicali sieno quelli che danno il maggior numero di guarigioni e la minore mortalità. Questi buoni risultati sono dovuti in gran parte al fatto che i casi nei quali questo procedimento era possibile erano nella maggior parte di dermoidi semplici sterili, non complicate in alcun modo. Bisogna però mettere bene in evidenza come l'asportazione completa non è sempre possibile a causa di estesa calcificazione della parete, suppurazione della cisti o aderenze. In tali casi è meglio limitarsi ad asportazioni parziali perchè le conseguenze di un intervento più radicale potrebbero essere disastrose. L'A. in tre casi ha ottenuto ottimi risultati con operazioni non del tutto complete. La complicanza più difficile da dominare è la comunicazione della cisti con un grosso bronco.

Un caso dell'A. morì in seguito alla non tenuta della chiusura operatoria del bronco così comunicante. L'A. crede che l'unica cosa da fare in casi simili sia di operare in due tempi dopo che la pleura parietale ha aderito al polmone intorno al bronco comunicante. Ritiene che si debba sempre richiudere la toracotomia a tenuta d'aria in casi di cisti sterili. Vi sono molti esempi nella letteratura di drenaggio o tamponamento del vasto cavo che residua all'asportazione della cisti, nei quali i risultati non sono stati molto soddisfacenti. Poichè la cavità si è fatalmente infettata e si resero necessari interventi multipli toracoplastici per ottenere una obliterazione di essa. Oltre la lunghezza della malattia si deve considerare anche in questi casi la residuante deformità toracica. È esperienza comune che all'asportazione di un tumore intratoracico segue generalmente un versamento pleurico. Questo a torace chiuso può venire aspirato o se suppurato trattato col drenaggio ad aspirazione continua. Questo deve essere posto lontano dalla ferita operatoria che viene così lasciata guarire per prima intenzione.

MANFREDO ASCOLI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

E. MARCHIAFAVA e A. BIGNAMI. *La infezione malarica.* 2ª Ediz. a cura di E. MARCHIAFAVA e A. NAZARI. Un vol. in-8° di pagg. XX-867 con figure e 10 tav. in nero e a colori. Milano, Casa Ed. Dott. Francesco Vallardi, 1931. Prezzo L. 90.

Solo chi possegga e padroneggi appieno l'intera materia, poteva essere in grado di redigere un'opera così perfetta come « La infezione malarica ».

L'edizione, divenuta classica, si era da tempo esaurita; d'altra parte nuove nozioni si erano aggiunte a quelle fondamentali, nuove conquiste si erano compiute.

Opportuna giunge perciò l'attuale nuova edizione. Essa era stata preparata dai due autori; ma la perdita del Bignami ha lasciato il difficile compito al solo Marchiafava. Questi si è valso della collaborazione di alcuni allievi, in particolare del Nazari; ma la sua potente personalità campeggia in tutto il libro.

Nella nuova edizione si è tenuto conto di tutti i lavori più significativi compiuti in questi ultimi tempi: non si è trascurata nessuna delle nuove cognizioni, particolarmente sulla profilassi (polveri larvicide, pesci larvifagi, zooprofilassi, bonifica integrale) e sulla terapia (plasmochina, stovarsolo, chineti ecc.).

Tuttavia la mole del libro non è aumentata che di poco e non è divenuta ingombrante.

Com'è noto, esso ci offre un quadro completo di tutta la materia.

In quasi tutti i campi gli AA. hanno recato contributi originali ed osservazioni proprie, ond'è che tutta l'esposizione risulta vivificata; non si tratta di un lavoro di compilazione.

La materia è presentata nella maniera più atta a renderla utilizzabile e il libro risponde

alle necessità attuali del medico e dello studioso.

Esso figurerebbe degnamente nella biblioteca di ogni medico colto, anche di regioni non malariche, poichè giova alla *forma mentis;* ha un alto valore educativo.

È un vero monumento scientifico. L. V.

L. ROGERS. *Recientes Adquisiciones en Medicina Tropical.* Traduz. dall'inglese di E. LUENGO. Un vol. di p. XII-485, con 12 fig. Madrid, Javier Morata edit., 1931. Rilegato; prezzo pes. 25.

Il Rogers, clinico medico di Calcutta, ha recato contributi d'importanza fondamentale alla patologia tropicale: basti pensare che egli ha introdotto l'emetina nel trattamento dell'amebiasi e che ha scoperto la forma flagellata o *Leptomonas* della *Leishmania donovani,* parassita del kala-azar. Vanno anche ricordate le iniezioni ipertoniche da lui preconizzate nel trattamento del colera asiatico. Ancora: gli spetta il merito di aver avvalorato l'impiego dei sali di antimonio nel trattamento della leishmaniosi. Ha approfondito lo studio di vari altri capitoli della patologia tropicale.

In questo libro, di mole modestissima e veramente maneggevole, egli è riuscito a condensare le nozioni più indispensabili di patologia tropicale, limitandosi agli acquisti recenti e perciò facendo astrazione da tutti i rilievi storici. Esso risponde bene ai bisogni dello studente. Con senso di opportunità la Casa Morata ne ha fatto eseguire la traduzione in spagnolo, affidandola al dott. Luengo, il quale ha corredato il volume di una serie di note, concernenti sovratutto i richiami alla letteratura spagnola. Il volume è presentato dal Pittaluga.

Rileviamo che il Rogers non trascura i contributi italiani, quantunque lo faccia con estrema misura.

Nel capitolo sul colera — uno degli argomenti che l'A. conosce meglio — è fatto un largo posto alla concezione patogenetica del Sanarelli.

Nel capitolo sulla febbre ondulante i soli italiani citati sono Ficai ed Alessandrini: in fondo sono quelli che hanno recato il primo contributo più significativo alla conoscenza del morbo di Bang nel campo epidemiologico, profilattico e clinico, se non in quello sierologico.

La storia della terapia antimoniale della leishmaniosi è fatta con assoluto obbiettivismo: risulta che Kerandel curò se stesso col tartaro stibiato; nel 1913 furono rese note le osservazioni di Vianna e Machado (Brasile), relative alle forme cutanee e mucose; poi Di Cristina e Caronia, nel 1915, registrarono, in Sicilia, le prime guarigioni del kala-azar: ai due italiani pertanto ne va il merito; lo stesso anno si ebbero quelle dell'A. e del Muir, a conferma dei due autori italiani.

Il capitolo sulla malaria è uno dei più fiacchi: basti dire che l'Italia non è presa neppure in esame tra i paesi malarici d'Europa, la profilassi è limitata all'impiego della chinina: non v'è neppure un accenno alla difesa meccanica, ai prosciugamenti, ai pesci larvifagi, ai mezzi larvicidi. In questo capitolo i soli italiani menzionati sono: Bini per i preparati a goccia spessa, Falcioni per la profilassi circoscritta alle « case malariche », Grassi e Galli Valerio per la profilassi chininica, V. Ascoli, Silvestri, Amantea e Filippella pel trattamento cinconinico (preconizzato per primo dall'A.), e pochi altri incidentalmente.

Nel capitolo sull'anchilostomiasi l'A. distingue opportunamente tra semplice infestazione e malattia.

Ottimo ci sembra, sotto ogni riguardo, il capitolo sulla lebbra.

Malgrado le sue mende, il libro è ricco di nozioni e rilievi utili e per la mole e il tipo è molto raccomandabile a chi voglia limitarsi a nozioni generali sulla patologia tropicale. La traduzione in spagnolo lo rende facilmente accessibile anche agli italiani, data la grande somiglianza dello spagnolo con la nostra lingua.

L. V.

A. MAZZOLANI ed altri. *L'organizzazione sanitaria della Tripolitania.* Un vol. di 182 pag., con tav. fotografiche. F. Cacopardo, ed. Tripoli, 1931. Prezzo L. 12,50.

I lavori che qui sono raccolti dal Dott. Mazzolani, ben noto e benemerito nel campo degli studî coloniali, danno un'idea delle attuali nostre conoscenze sulle condizioni meteorologiche e climatologiche della Tripolitania e forniscono importanti informazioni su quelle sanitarie, nonchè sul problema agricolo-demografico.

Ad un primo capitolo sulla Climatologia dello stesso Dott. Mazzolani, seguono quelli sui servizi sanitari militari (O. Castigliola), sull'organizzazione sanitaria dei servizi civili (C. Gustinelli), sui servizi sanitari municipali (G. Cortesi), sulla Croce Rossa italiana in Tripolitania, sulla patologia in generale e sul posto della Tripolitania nella climatologia, patologia e demografia del Nord Africa, entrambi del Mazzolani.

Un complesso di lavori che bene ritraggono la fisonomia di questa nostra colonia che ora, con la completa occupazione territoriale effettiva e con la pacificazione ottenuta è destinata ad un prospero avvenire.

Bella e nitida la veste tipografica. *fil.*

C. MIDULLA. *Antropologia fisica.* Un vol. in-16° di pag. 288 con 22 fig. Roma, Dott. Paolo Cremonese editore, 1931. Prezzo L. 40.

Oggi si riconosce sempre meglio il valore igienico-sanitario dell'educazione fisica; ma perchè questa abbandoni il campo dell'empirismo e rientri appieno nel dominio della scienza, deve avvalersi largamente dei metodi quantimetrici di studio, così nell'esame soma-

tico, come in quello funzionale dei soggetti educandi.

Non per nulla si è detto che « la scienza è misura ».

Il volume del Midulla risponde a tali intendimenti, per ciò che concerne la costituzione somatica. Esso insegna con rigore ed esattezza come eseguire i rilievi antropometrici, come porli in relazione tra loro, alla luce delle dottrine costituzionaliste, come trarne delle norme per guidare l'educazione fisica; precisa le finalità a cui questa deve tendere nei riguardi somatici, così da evitare gli eccessi, i pervertimenti e i pericoli dell'attività fisica mal regolata.

Il volume risponde bene ai suoi scopi.

L. V.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Congresso Italiano di Biologia Sperimentale.

Napoli, 8-9 giugno 1931.

Nei giorni 8-9 giugno 1931 nei locali dell'Istituto di Fisiologia di Napoli si è tenuto un Congresso nazionale della Società Italiana di Biologia Sperimentale. Era la prima volta che questa Società si adunava in sede di congresso indipendente, poichè per lo passato aveva tenuto le sue adunanze sempre insieme con la Società per il Progresso delle Scienze.

L'assemblea è riuscita numerosa, con l'intervento di molti soci di varie parti d'Italia, e anche con l'intervento di alcuni, studiosi stranieri che hanno partecipato anche con comunicazioni scientifiche al Congresso.

Prima delle sedute scientifiche è stata tenuta una seduta amministrativa della Società. In questa seduta è stata anzi tutto fissata la sede della prossima assemblea nazionale, e su proposta del prof. Herlitzka, fisiologo di Torino nell' aprile 1932.

Il segretario generale della Società, accademico Bottazzi, ha poi dato alla Società comunicazione di vari importanti problemi riguardanti gli studi di Biologia, problemi di cui si interessa la Giunta Esecutiva della Sezione Biologica del Consiglio Nazionale delle Ricerche.

S. E. BOTTAZZI ha anzitutto comunicato che la sede del prossimo Congresso internazionale di Fisiologia sarà Roma, e la data quella di agosto-settembre 1932.

Il Consiglio Nazionale delle ricerche ha stabilito inoltre di istituire un laboratorio biologico viaggiante composto da biologi che possono recarsi con appositi apparecchi sul luogo dove si debbano eseguire indagini scientifiche locali, e dove non esista già una attrezzatura scientifica fissa.

Tale Consiglio ha pure stabilito di istituire convegni biologici annali con conferenze, corsi teorico-pratici in questione di attualità, sul tipo di quanto già si attua in vari paesi dell'estero.

Un'altra disposizione del Consiglio delle Ricerche riguarda la fondazione di una collana di monografie biologiche.

Sedute scientifiche.

Nelle sedute scientifiche del Congresso sono state svolte anzi tutto due relazioni, quella del dott. LUNEDEI sulla *Regolazione del sistema dei piccoli vasi sanguigni*, in cui il Lunedei ha fatto una esposizione critica dello stato attuale delle nostre conoscenze sulla fisiopatologia dei capillari, e sui relativi metodi di studio, e poi la relazione del dott. S. RANZI, su: *I gradienti assiali nello sviluppo embrionale.*

Sono state poi tenute numerose comunicazioni scientifiche di cui si riassumono sommariamente quelle che possono avere maggiore importanza nel campo medico.

Sulla posizione marginale dei leucociti nella corrente del sangue.

PULCHER. — L'O. ha studiato la distribuzione degli elementi corpuscolari del sangue fluente da capillari di vetro, ed ha trovato che i leucociti nel sangue di cavia fatto scorrere in capillari di vetro son portati verso l'asse della corrente dove la corrente stessa è più rapida, ciò in dipendenza della loro massa che è maggiore di quella degli eritrociti.

Ricerche ulteriori si propongono di vedere se tali risultati sono applicabili alla corrente del sangue nei vasi degli organismi.

Sui fenomeni di disintegrazione cellulare nel sistema reticolo-endoteliale.

SPADOLINI. I. — I. *L'origine delle piastrine come fenomeno olocrino negli eritrociti endoteliali degli organi emolinfatici.* — L'O. in base a ricerche istofisiologiche crede di poter affermare che la piastrinogenesi sia legata a fenomeni olocrini delle cellule del sistema reticolo-endoteliale. Più precisamente gl'istiociti endotelioidi andrebbero incontro a graduale processo di disintegrazione, i cui prodotti si verserebbero nel sangue circolante.

I fenomeni più importanti di questo processo di disintegrazione riguarderebbero il nucleo, di cui si originerebbero le piastrine del sangue e poi ancora altre sostanze che versate in circolo avrebbero molta parte nel processo di coagulazione del sangue.

II. *Sui rapporti fra istiociti endotelioidi e piastrine del sangue.* — Continuando le precedenti ricerche, l'O. ha visto che la iniezione in circolo di sospensioni piastriniche provoca una atrofia del sistema reticolo endoteliale ed atrofia marcata della milza.

Notevole azione distruttiva è svolta anche nel sistema reticolo endoteliale dai sieri immuni antipiastrinici.

Queste osservazioni confermerebbero la parentela di costituzione chimica tra piastrine del sangue ed elementi istiocitari in genere.

III. *Sulla partecipazione del reticolo endotelio al processo di coagulazione del sangue ed al metabolismo intermedio dei corpi purinici.* — Continuando le ricerche sopra riferite, l'O. ha visto che gli agenti fisici (raggi X) e chimici (colori vitali) contemporaneamente a provocare fenomeni carioclasici sui monociti endotelioidi della polpa splenica, producono anche aumento delle piastrine e aumento della coagulabilità del sangue.

Contemporaneamente si produce aumento della eliminazione di composti purinici.

L'O. pensa di poter affermare che dai componenti nucleari degli elementi istiocitari del R. E. derivano oltre a scorie puriniche, anche una frazione proteica identificabile con il fibrinogeno, il

che spiegherebbe l'aumento della coagulabilità del sangue.

Osservazioni sul tono d'appoggio e sulle reazioni di appoggio negli animali e loro modificazioni per azione della bulbocapnina.

GOZZANO. — Ha eseguito ricerche di controllo sulla influenza della bulbocapnina nei riflessi di adattamento alla stazione e sul tono di appoggio descritto da RADEMAKER, mettendo in evidenza la complessità, non facile ancora ad analizzare delle reazioni di posizione.

Il dott. PROBST riferisce *sull'origine del materiale di rigenerazione nei Policheti.*

Sulla eliminazione dell'acido urico per via biliare.

BERGAMI. — L'O. ha operato alcuni casi di fistola biliare, ha iniettato ad essi dosi varie di acido urico, ed ha ricercato nella bile l'acido urico stesso, arrivando a dimostrare la possibilità di una eliminazione per via biliare dell'acido urico (frazione enterotropa dell'acido urico).

Bulbocapnina e glicemia.

SARNO. — La b. per via sottocutanea provoca nel cane e nel coniglio aumento della glicemia.

Sul contenuto in vitamine di alcune frutta.

MATTIOLI. — Da esperienze fatte in animali tenuti a dieta scarbutogena, a cui si somministrava succo di arance, limoni, mandarini o loro bucce, risulta che il più ricco di vitamine C. è il succo di bucce di arance, il più povero è il succo di bucce di mandarini.

I succhi conservati in ghiacciaia hanno conservata la loro attività per ben 40 giorni.

Vagotropina e vagotonina.

VIALE. — L'O. alcuni anni or sono descrisse col nome di vagotropina una sostanza preesistente nel sangue circolante nella linfa C. nel liq. cefalorachidiano, sostanza che differendo dalla vitamina e dalla colina agisce stimolando il sistema vagale dell'intestino isolato. Ha voluto ora vedere se questa sostanza fosse identica alla vagotonina descritta da SANTENAISE come un ormone pancreatico, differente dall'insulina.

Ha ricercato perciò la vagotropina nel sangue di animali spancreati ed ha visto che mentre in esso scompare rapidamente la vagotonina, permane invece la vagotropina, il che depone per la differenza delle sue sostanze.

P. PENTA riferisce *su la colorazione vitale e la permeabilità della barriera ematoencefalica negli animali neonati.*

La contrazione della fibra muscolare striata studiata con la microcinematografia.

U. D'ANCONA. — Con l'aiuto della microcinematografia ha fatto osservazioni assai interessanti sulle modificazioni di struttura della fibra muscolare striata durante la contrazione, che gli permettono di affermare, tra l'altro, che durante la contrazione si ha fuoruscita di liquido dalle neofibrille il che contraddice alla teoria dell'imbibizione proposta da Engelmann per spiegare la contrazione muscolare.

ROSSI e CATTERINA riferiscono *sulla comparazione chimica di alcune frutta.*

ROSSI e SCOZ riferiscono *sulla presenza di fosfogene nelle ghiandole.*

Influenza della milza sul contenuto in colesterolo delle capsule surrenali.

Prof. B. PIZZINI. — La milza, secondo una concezione sostenuta da vari autori, avrebbe la capacità di sintetizzare normalmente la colesterina. Questa funzione splenica dimostrabile in vario modo, si esplicò, secondo l'O. indirettamente e col concorso delle capsule surrenali ch'egli ha trovato sempre assai ricche in colesterolo negli animali nutriti con milza di bue. Gli esperimenti sono stati fatti su cani splenectomizzati o semplicemente nutriti con la polpa di milza, ed in altri di controllo alimentati con organi diversi (fegato, rene).

Negli animali trattati con fegato si è riscontrata sempre ipereolesterinemia, e debole aumento del contenuto colesterinico dei surreni, in quelli trattati con milza il fatto opposto: tasso del colesterolo ematico quasi normale, e forte aumento di quello capsulare. Questi risultati mettono in evidenza un sinergismo funzionale tra milza e capsule surrenali per ciò che concerne il ricambio del colesterolo. G. BOSSA.

Società Medico-Chirurgica di Bologna.

Seduta del 31 marzo 1931.

Presidente: prof. DONATO OTTOLENGHI.

L'azione delle soluzioni ipertoniche di cloruro di sodio nelle occlusioni intestinali.

A. MIANI. — La pratica di rifornire largamente di cloruro di sodio l'organismo in stato di occlusione è stata oggetto di numerose e diligenti ricerche. L'O. riferisce i risultati ottenuti con la terapia clorosodica, a complemento dell'atto operatorio, in 45 occlusioni meccaniche e 22 dinamiche. Constatato che nessun grave incidente si è avuto con la terapia salina ipertonica, rileva che soltanto nella percentuale dell'11,94 % si sono avuti effetti benefici temporanei o duraturi, mentre nella grande maggioranza non si ebbe alcun giovamento o qualche fenomeno di intolleranza. L'O. è quindi alquanto scettico sulla affermazione di alcuni ricercatori che la terapia clorosodica ipertonica porti un notevole giovamento nelle affezioni di tipo occlusivo.

Appunti di tecnica curieterapica, con speciale riguardo ai trattamenti associati con diverse lunghezze d'onda.

G. G. PALMIERI. — Dopo aver mostrato alcuni apparecchi modellati per la curieterapia esterna secondo la tecnica dell'Istituto del Radio di Bologna, l'O. riferisce intorno ad un metodo per la curieterapia di forme neoplastiche endorali extralinguali, che consiste nell'usare la lingua come supporto di preparati radiferi, che vi vengono infissi quando la massa neoplastica non possa essere direttamente circondata da aghi o da tubi. Inoltre l'O. riferisce intorno all'applicazione di raggi ultravioletti sulle piaghe torpide residuate dal trattamento di Röentgen di epiteliomi della cute, esponendo la tecnica, le indicazioni ed i risultati da lui ottenuti.

Ricerche sulla profilassi medicamentosa della malaria.

D. OTTOLENGHI e G. BROTZU. — A complemento di precedenti ricerche eseguite allo scopo di precisare il valore della profilassi medicamentosa della malaria, gli OO. hanno ricercato se sommini-

strando il chinino o la plasmochina secondo il metodo quotidiano o B. settimanale per tre mesi di seguito sia possibile impedire l'infezione o solamente ritardarne lo sviluppo in individui ripetutamente infetti.

Dalle ricerche eseguite è risultato che con tale somministrazione preventiva la malattia si sviluppò in circa il 50 % degli individui, in uno già durante il trattamento chininico, negli altri invece solo qualche mese più tardi. Queste ricerche dimostrano che continuando la profilassi, vi è una notevole probabilità di sfuggire completamente alla malattia o di averla solo a profilassi ultimata e però anche a stagione malarica finita, anche quando l'infezione si ripeta più volte.

F. VIGI.

Società di Coltura Medica della Spezia e Lunigiana.

Seduta del 28 giugno 1931.

Presiede il prof. dott. RINALDO CASSANELLO.

Sull'ulcera piloro-duodenale da avvelenamento cronico saturnino professionale.

Prof. dott. R. CASSANELLO. — L'O. prende occasione da due recenti casi occorsigli all'osservazione clinica di ulcera piloro-duodenale da saturnismo professionale per prospettare ai Colleghi l'attuale posizione di questi infermi nei riguardi dell'assicurazione contro le malattie professionali.

Nel primo dei due casi si tratta di un individuo di 37 anni, da 12 anni operaio alla fonderia del piombo di Pertusola. Egli è stato particolarmente addetto al trasporto dei lingotti di piombo ed ai forni di distillazione. L'operaio, già profondamente tarato dalla cachessia saturnina, da oltre un anno presentava dei caratteristici disturbi gastrici da riferirsi ad un'ulcera gastrica, che l'esame clinico e le prove sussidiarie radiologiche e chimiche in modo indubbio accertarono. Fu dall'O. operato di resezione della piccola curvatura dello stomaco per un'ulcera scavata nella zona prepilorica. Esito rapido in guarigione da parte dei disturbi gastrici, ma persistenza della cachessia saturnina malgrado la cura medica e che l'operaio abbia completamente abbandonato qualunque contatto col piombo.

L'altro caso riguarda un operaio di 61 anni, addetto da oltre trenta anni alla fonderia dei metalli, fra i quali in larga misura il piombo, al regio Arsenale della Spezia.

Viene ricoverato d'urgenza nell'Ospedale coi chiari segni di una perforazione da ulcera gastroduodenale, in precarie condizioni generali. Si interviene e si riscontra un'ulcera duodenale perforata ed una vasta raccolta, prevalentemente purulenta, sottoepatica.

Sutura a borsa di tabacco dell'ulcerazione duodenale gastro-esterotomia ed accurata toilette del peritoneo. Il paziente muore il giorno dopo coi segni d'insufficienza renale per una concomitante nefrite tossica saturnina.

Trattasi quindi in questi due casi di quella malattia così squisitamente professionale ed ancora assai largamente diffusa nel nostro paese quale è l'avvelenamente cronico saturnino in operai addetti alla lavorazione del piombo. L'O. ricorda che se vi sono operai che avrebbero diritto ad essere salvaguardati dalla legge ed adeguatamente ricompensati per questi veri e propri infortunii sul lavoro, sono questi delle malattie professionali, perchè *malattia professionale è equivalente a lesione corporale causata da infortunio, e morte in seguito a malattia professionale è equivalente a morte per infortunio*, come stabilisce, ad esempio, *la Legge delle malattie professionali* promulgata ed in esecuzione da anni in Germania. L'O. ricorda che da noi nella *Gazzetta Ufficiale* n. 138, del 14 giugno 1929, fu pubblicato il Decreto 13 maggio 1929, n. 928, *per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali*, che avrebbe dovuto andare in vigore sei mesi dopo la sua pubblicazione nella *Gazzetta*. Ma in realtà non se ne è fatto più nulla. Così nei due casi riferiti dall'O. il primo fu liquidato col licenziamento, appena l'operaio, per consiglio del medico, rese edotti i dirigenti dei suoi disturbi di stomaco e della necessità di abbandonare il contatto col piombo e gli furono liquidate, per generosità, alcune giornate di paga e sarà ora ben difficile che rimasto disoccupato possa egli provvedere a rifarsi della cachessia saturnina con una cura medica e con un regime diedetico opportuni.

Nel secondo caso, nulla fu dato alla vedova ed ai figli per la morte del rispettivo marito e padre.

L'O. prende argomento da questa sua comunicazione per prospettare ai Colleghi la necessità che il progetto di Legge per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali venga tolto dal dimenticatoio in cui fu lasciato ed entri una buona volta in vigore. In esso, molto diligentemente elaborato, la intossicazione del piombo, con le sue leghe ed i suoi composti, tiene precisamente il primo posto e sarà certamente una delle più largamente beneficate. L'O. si augura poi che fra le diverse manifestazioni morbose dell'avvelenamento saturnino professionale da risarcire venga tenuto in particolare considerazione ed opportunamente classificata l'ulcera piloro-duodenale, che per l'esperienza personale dell'O., che già nel 1920 si è occupato di essa dal punto di vista clinico, con una pubblicazione nella *Riforma Medica*, non è tanto rara, come la scarsità della letteratura farebbe supporre. Il Regime che tanto benemerito si è reso verso la classe operaia colla Legge obbligatoria contro la tubercolosi, con la messa in vigore di quella contro le malattie professionali colmerebbe una grave lacuna, il che andrebbe a tutto vantaggio degli operai, direttamente interessati, e che attendono anche in questo dal Regime di essere opportunamente tutelati e salvaguardati.

Forma rara di meningite meningococcica in lattante di tre mesi.

Prof. dott. C. GIAUME. — Riferisce un caso di m. m. a forma cachettica, osservato in un bambino di tre mesi, interessante per la rarità della forma e per alcune particolarità, come il blocco del canale vertebrale e l'avvallamento della fontanella.

L'O. ne trae quindi occasione per ricordare alcuni concetti di ezio-patogenesi ed esaminare praticamente le difficoltà diagnostiche, sia della forma più frequente nel lattante, cioè la gastrointestinale, sia di quelle veramente atipiche, come la iperesterica, la soporosa, la respiratoria, la tetanoide, la eclamptica, ecc.

Il dott. F. SESTINI riferisce *su note anatomiche sulla scalenectomia e sulla frenoexeresi.*

Il Segretario: D. ROLLAND.

RIVISTE SINTETICHE

Istituto di Radiologia e Terapia Fisica della R. Università di Perugia

diretto dal prof. Eugenio Milani.

Lesioni da elettricità

(con speciale riguardo alle lesioni prodotte da apparecchi elettromedicali).

Prof. Bruno Bellucci, aiuto.

(*Continuazione; vedi num. prec.*).

Questi interruttori di sicurezza, veramente ottimi per la loro grande sensibilità, sicurezza e rapidità di interruzione, vanno però naturalmente esclusi durante i forti carichi di radiografia, rimanendo in servizio per la radioterapia e per la diagnostica radioscopica, in cui si richiedono deboli intensità. E del resto, durante il lavoro radiografico, sono forse meno necessari questi dispositivi di sicurezza, dato che il lavoro si compie in piena luce, e quindi manca uno dei fattori che facilitano i contatti accidentali con la linea: l'oscurità.

I costruttori hanno rivolto inoltre la loro attenzione allo scopo di creare delle linee ad alta tensione robuste e tali che la loro caduta sia praticamente impossibile, abbandonando le cordicelle metalliche una volta usate, e creando linee formate da grossi tubi metallici, che, oltre ad offrire la massima robustezza, rendono minori le perdite per effetto corona. Grande attenzione è ora rivolta anche all'isolamento delle linee, e specialmente agli isolatori che sorreggono le linee ai loro estremi verso le pareti. È chiaro infatti che, se per un qualsiasi caso (materiale isolante difettoso; presenza di polvere; presenza di calce sgocciolata durante la pittura dell'ambiente; ecc.) l'isolamento di uno degli estremi della linea venisse a mancare o fosse, cosa più probabile, imperfetto, si verificherebbe il caso, più sopra descritto, di un trasformatore con un polo del secondario a terra, e quindi con tutte le gravi conseguenze possibili.

Uno dei lati ancora imperfetti nella distribuzione dell'alta tensione è dato dai fili necessariamente penzolanti dalla linea aerea, fili destinati a portare la corrente ai tubi. Specialmente negli ambienti ove si trovano insieme vari apparecchi (trocoscopi, ortoscopi, stativi varii) alimentati da un solo generatore, come è il caso più frequente, i fili penzolano numerosi dalle linee areee, e naturalmente, durante il funzionamento di uno degli apparecchi, tutti i conduttori di discesa che sono staccati dall'apparecchio relativo rimangono sotto tensione, costituendo tante spade di Damocle sopra le teste delle persone che si trovano nell'ambiente stesso. Si aggiunga che tali fili sono soggetti a continue trazioni in varie direzioni, a bruschi scatti di ritorno, dovuti ai sistemi di avvolgimento a molla di cui sono forniti in genere, e ciò può produrre col tempo usura dei fili stessi nel loro punto di attacco alla linea aerea, e conseguente caduta del filo. Spesso poi le molle che obbligano l'avvolgimento del filo su speciali rocchetti, quando il filo stesso è abbandonato a sè, si indeboliscono con l'uso, o addirittura si spezzano, e per tale ragione l'estremo inferiore del filo, non più sollevato fuori della portata di mano, può rimanere penzolante in basso con grave pericolo per le persone che eventualmente circolassero al buio nell'ambiente stesso.

La soluzione ideale sarebbe quella di disporre di due soli fili conduttori di discesa dell'alta tensione, disposti in modo da servire per tutti gli apparecchi esistenti in quell'ambiente. Ma questa soluzione è molto difficile a potersi verificare. Ed allora la soluzione migliore sarebbe quella di lasciar sempre attaccati i conduttori di discesa ai rispettivi tubi radiologici, e di inviare la corrente ad un tubo piuttosto che ad un altro, mediante l'uso di grossi interruttori o commutatori a coltello posti sulla linea aerea, e manovrabili dal basso con sistemi vari. Con tale sistema si esclude dall'alta tensione tutta la parte della linea aerea che non è utilizzata per uso radiologico, e quindi si hanno grandi garanzie di sicurezza.

In ogni modo periodiche ed accurate revisioni della linea ad alta tensione, specialmente nei punti di attacco dei conduttori di discesa, e periodiche ed accurate pulizie degli isolatori che sostengono la linea aerea, possono evitare gravi inconvenienti. Così pure possono essere evitati degli inconvenienti dovuti alla rottura del conduttore di discesa nel suo punto di attacco alla linea aerea, facendo in modo — mediante l'uso di cordoni supplementari di seta — che lo sforzo di trazione si eserciti tutto sul cordone di seta di sostegno e non sul cordone conduttore della corrente.

Prima di lasciare questo argomento relativo ai pericoli di lesioni da correnti elettriche prodotte da apparecchi radiologici, va ricordato un particolare, che, in apparenza trascurabile, può avere la sua grande importanza in casi speciali. Intendo riferirmi alla questione della messa a terra delle parti metalliche dei vari stativi radiologici. È noto che nelle stanze ove funzionano apparecchi radiologici, tutti gli oggetti e le parti metalliche dei vari stativi, per fenomeni di induzione e capacità, dovute alla corrente di alta tensione che percorre la linea aerea ed i vari conduttori, si caricano di elettricità statica, in quantità più o meno grande. In conseguenza di ciò la persona che tocca queste parti metalliche prova una sensazione elettrica improvvisa, di solito non molto intensa, ma sempre sgradevole, specialmente perchè inaspettata. Allo scopo di rimediare a questo inconveniente le case costruttrici in genere collegano elettricamente a terra tutte le parti metalliche esistenti negli stativi radiologici. Ma questa precauzione, destinata a togliere la possibilità di sensazioni sgradevoli, può costituire una fonte di pericolo, o può rendere più grave un accidente elettrico causato dagli apparecchi radiologici, fornendo ovunque, ed a continua portata di mano, quel buon conduttore di terra che in alcuni casi rappresenta la causa per cui una scarica elettrica, anche a bassa tensione, può divenire pericolosa e mortale. È molto nota purtroppo, fra noi Radiologi, la penosa fine di Jaugeas, Radiologo Capo degli Ospedali di Parigi, morto fulminato nell'Ospedale di Neuilly, mentre eseguiva una radioscopia. E sono noti anche i particolari dell'accidente: lo Jaugeas, con la mano destra, palpava dietro lo schermo l'addome del malato, mentre con la mano sinistra stringeva il comando di spostamento del tubo e del diaframma, *messo a terra*. Improvvisamente ed accidentalmente uno dei fili dell'alta tensione andò a toccare il bordo metal-

lico dello schermo radioscopico; di qui la corrente, con tutta l'intensità del trasformatore, si scaricò sulla mano ed avambraccio destro del povero Jaugeas, attraversò l'arto superiore destro, il torace, l'arto superiore sinistro, uscendo dalla mano sinistra, e provocando la morte istantanea del povero radiologo. Egli rimase semi ripiegato su sè stesso, con la mano sinistra contratta sulle manovelle di comando del diaframma, e solo sulla mano sinistra, a contatto con la terra, furono trovate delle bruciature profonde nel punto di uscita della corrente. Pur non facendo deduzioni certe su questo caso, dato che si trattava di alta tensione fornita da un trasformatore, e quindi sempre pericolosa anche se unipolare, sorge spontaneo il dubbio che l'accidente sia stato aggravato dall'ottimo contatto di terra fornito alla mano sinistra per mezzo dei comandi del diaframma.

Questi contatti di terra possono rendere pericolosa anche una corrente elettrica a bassa tensione, con cui non è difficile entrare in contatto specialmente sul tavolo di manovra dell'apparecchio, che di solito è a portata della mano destra, mentre con la sinistra, negli esami all'ortoscopio, in genere si sposta il tubo e si regolano le aperture dei diaframmi.

Il pericolo esiste anche per i malati, che durante gli esami radiologici possono entrare in facile contatto con queste parti metalliche a terra, e che spesso contemporaneamente, per esigenze di tecnica radiografica, o per poca attenzione del personale tecnico, si trovano a breve distanza dai conduttori della corrente ad alta tensione, e cioè nelle migliori condizioni per ricevere scariche gravi e pericolosissime.

L'uso dei guanti di gomma piombifera, se può costituire un discreto isolamento per le correnti a bassa tensione, non lo è certo per le correnti fornite dai trasformatori radiologici. Occorre quindi tener sempre presente questo particolare della messa a terra delle parti metalliche degli stativi; possibilmente non manovrare mai gli interruttori ed i commutatori del tavolo di manovra, mentre con l'altra mano si sta regolando il diaframma e centrando il tubo durante la radioscopia.

I costruttori potrebbero anche costruire le manovelle di manovra dei diaframmi in modo da escludere ogni possibilità di contatto con la parte metallica; ciò servirebbe ad impedire la messa a terra del corpo del Radiologo, ed a proteggere da pericolose scariche, per lo meno da corrente a bassa tensione.

Il caso Jaugeas si presta purtroppo per altre considerazioni: una fra queste è la questione relativa alla oscurità dei gabinetti radiologici durante il funzionamento di radioscopia; altra questione importante è quella della rapida interruzione della corrente, in caso di accidente qualsiasi.

Infatti, nel momento in cui avvenne il fatale incidente, lo Jaugeas manovrava da solo l'apparecchio; nella stanza, oltre il Radiologo ed il malato, vi erano due infermieri completamente ignari del funzionamento dell'apparecchio. Nel momento dell'accidente, che produsse la fulminazione dello Jaugeas, e che per contraccolpo produsse una violenta scossa nel malato e negli infermieri, la stanza era al buio, e nella confusione del momento e nell'oscurità gli infermieri non riuscivano a trovare gli interruttori della luce elettrica. Di più l'interruttore del primario del trasformatore sul tavolo di manovra, chiuso dallo Jaugeas per eseguire la radioscopia, rimase in tale posizione seguitando a lanciare corrente, finchè la fusione di qualche valvola non sopravvenne a troncare la corrente letale.

Ma, anche prescindendo dal caso del povero Jaugeas, non è chi non veda come l'oscurità dei nostri gabinetti radiologici, purtroppo tanto necessaria per facilitare la visione della luce crepuscolare dello schermo, sia pericolosa nel senso che può rendere facili gli accidentali contatti con conduttori percorsi da correnti elettriche ad alta ed a bassa tensione. Questo problema della oscurità non è facilmente rimediabile, perchè qualunque luce, sia pur tenue, e di qualsiasi colore, disturba più o meno l'occhio del radiologo, che, per poter distinguere i fini dettagli sullo schermo, e per esporsi il più breve tempo possibile alle radiazioni, ha bisogno di poter servirsi della massima acuità visiva.

L'altra questione della rapida interruzione della corrente primaria è pure molto importante per evitare che, in caso di accidente, che impedisca al Radiologo di staccare l'interruttore della corrente primaria, la corrente seguiti a circolare nell'apparecchio e ad essere erogata dal secondario, con danni sempre più gravi e progressivi.

Una soluzione molto buona potrebbe essere data dalla costante presenza di un tecnico addetto al tavolo di manovra ed agli interruttori della luce, che non si muova mai dal suo posto, eseguendo gli ordini del Radiologo.

Ma non sempre ciò è possibile; spesso il Radiologo è solo e la grande confidenza che egli ha con l'apparecchio non fa pensare alla possibilità di accidenti. In tali casi è molto consigliabile l'uso di un interruttore automatico a pedale, munito di una robusta molla di richiamo, interruttore che, in condizioni normali di riposo, tiene costantemente aperto il circuito primario mentre tiene chiuso l'interruttore della luce. La pressione del piede del Radiologo interrompe la luce della stanza e nello stesso tempo lancia la corrente nel primario, che deve essere stata in precedenza regolata sul tavolo di manovra. Il passaggio della corrente nel trasformatore dura per tutto il tempo in cui dura la pressione del piede del Radiologo; se accidentalmente questi fosse colpito da una scarica che producesse la perdita della coscienza (eventualità resa più difficile dal fatto che la mano destra è libera e non deve andar cercando sul tavolo di manovra) la pressione del piede cessa immediatamente e l'interruttore scatta, sospendendo la corrente nel trasformatore, mentre nello stesso tempo si accende la luce nella stanza. In tal modo è evitato il pericolo che la corrente continui a lungo la sua azione dannosa, ed è evitato il pericolo del permanere dell'oscurità, con tutte le conseguenze relative, specialmente gravi in momenti di improvviso panico, come naturalmente avviene in tali casi.

Voglio infine ricordare che molti altri mezzi, più o meno complicati ed idonei allo scopo, sono stati ideati per ovviare a simili inconvenienti. Una delle migliori soluzioni è rappresentata dal *protettore integrale* ideato dal Belot e costruito a Parigi dal Massiot. Tale apparecchio esclude in modo assoluto ogni possibilità di contatto con l'alta tensione, protegge in modo completo contro le radiazioni dirette e secondarie, protegge contro il contagio da parte di malati infettivi, ed è di grande praticità perchè il

malato da esaminare radioscopicamente si trova in piena luce in apposito corridoio situato fra il tubo e lo schermo, corridoio disposto in modo che i malati possono essere successivamente esaminati l'uno dopo l'altro, senza che l'ambiente dove il radiologo si trova sia mai aperto od illuminato.

* * *

Gli APPARECCHI PER ELETTROTERAPIA principalmente usati in medicina, possono essere divisi in cinque principali gruppi, a seconda del tipo di corrente elettrica da essi prodotta, e precisamente in:

1) Apparecchi per correnti galvaniche; 2) Apparecchi per correnti faradiche; 3) Apparecchi per correnti sinusoidali; 4) Apparecchi per elettricità statica; 5) Apparecchi per correnti di alta frequenza.

L'ultimo gruppo comprende, come vedremo, un notevole numero di vari apparecchi, tutti fondati sullo stesso principio, tra cui anche la diatermia. Le prime tre forme di corrente elettrica possono poi essere variamente associate fra loro, a seconda della finalità terapeutica che si vuol conseguire.

Gli *apparecchi per corrente galvanica*, usati in medicina, hanno lo scopo di creare una corrente elettrica costante e continua, a bassa tensione, essendo l'effetto terapeutico di tali correnti legato alla loro quantità. Le pile sono state, sin dall'inizio dell'elettroterapia, una ottima sorgente di tale forma di corrente; le principali pile usate sono state le Grenet, le Leclanché, le Bergonié. Ogni elemento di dette pile forniva una tensione da 1,5 a 2 volta a seconda del tipo, e quindi per gli usi pratici queste pile venivano unite in serie sino ad ottenere la tensione desiderata. Più recentemente sono state usate anche pile a secco, specialmente per apparecchi trasportabili. Tanto queste pile a secco, quanto quelle dei tipi prima ricordati, hanno però il grave inconveniente di una facile esauribilità, il che rende poco pratico il loro uso. La intensità della corrente prodotta da tali pile veniva poi regolata per mezzo di resistenze ohmiche. In seguito, per produrre corrente galvanica, sono stati usati accumulatori, i quali presentano il vantaggio di poter essere ricaricati quando la corrente da essi fornita tende ad esaurirsi, ma presentano anche il grande svantaggio di una grande pesantezza, e sono quindi adatti solo per grandi impianti fissi. Tanto le pile che gli accumulatori hanno il pregio di fornire una corrente galvanica assolutamente pura e continua e di grande stabilità, naturalmente fino all'inizio dell'esaurimento. Col diffondersi della corrente elettrica per uso domestico di illuminazione, si è trovato il modo di utilizzare la corrente stradale per produrre correnti galvaniche a scopo terapeutico. Fu dapprima usata direttamente la corrente continua stradale generata dalle dinamo delle officine elettriche, la qual corrente veniva utilizzata riducendola, per mezzo di resistenze ohmiche, alla intensità e tensione adatta per uso medico.

Ma poichè tale sistema, che collegava direttamente il malato alla rete stradale, presentava alcuni inconvenienti, che in seguito vedremo, i costruttori di apparecchi preferirono produrre la corrente continua a scopo terapeutico per mezzo di una piccola dinamo, azionata da un motore funzionante direttamente con la corrente alternata o continua stradale. Questo metodo di produzione è uno dei migliori, perchè la corrente prodotta è assolutamente indipendente dalla rete stradale, ed è completamente esente da terra; la corrente continua però che tali dinamo producono non ha le caratteristiche di purezza, continuità e stabilità che hanno le correnti prodotte da pile od accumulatori, perchè la forma della corrente, raccolta dalle spazzole sul collettore della dinamo, è del tipo continuo pulsante a causa delle interruzioni prodotte dalle lamelle isolanti esistenti nel collettore. Anche in questi apparecchi la corrente prodotta viene portata alla tensione ed intensità desiderata per mezzo di resistenze ohmiche.

Molto recentemente sono stati costruiti apparecchi per corrente galvanica funzionanti direttamente sulla corrente alternata stradale e basati sulla proprietà che la valvola termojonica ha di lasciar passare solo la corrente in una data direzione, trattenendo l'onda inversa. Questi apparecchi constano precisamente di un trasformatore a varie prese, che riduce la corrente stradale a varie tensioni più basse; di una valvola termojonica, che lascia passare solo gli impulsi unidirezionali; di un sistema di impedenze e condensatori, che rende perfettamente continua e livellata la corrente pulsante ricevuta dalla valvola termojonica. Questo metodo di produzione della corrente continua a scopo terapeutico è uno dei migliori perchè la corrente prodotta è completamente isolata, in senso elettrico, dalla corrente stradale, e nello stesso tempo è per le sue caratteristiche eguale a quella prodotta da pile od accumulatori, senza peraltro avere gli inconvenienti di questi.

Per quanto riguarda la possibilità di lesioni da parte di queste correnti va subito detto che esse in genere sono innocue per il nostro organismo. La innocuità è legata soprattutto al fatto che la quantità e la tensione della corrente, prodotta da pile, accumulatori, piccole dinamo o raddrizzatori a valvola termojonica, ha un limite di pochi volta e pochi milliampères, limite che non può essere sorpassato nemmeno chiudendo in corto circuito i morsetti dell'apparecchio. Unica eccezione è costituita dagli apparecchi, ormai del tutto abbandonati, che utilizzavano direttamente la corrente continua stradale riducendola di tensione e di quantità attraverso resistenze varie (in genere lampade ad incandescenza) intercalate su uno dei due conduttori. Questi apparecchi potevano rappresentare un vero pericolo di lesioni perchè il malato, mediante uno dei due fili conduttori, era direttamente congiunto alla linea elettrica stradale. Se per casi il filo conduttore congiunto direttamente alla linea fosse stato il positivo, e se l'ammalato, durante l'applicazione terapeutica non fosse stato isolato da terra, od avesse per caso toccato una tubatura di acqua o di gas od altra buona terra, avrebbe potuto verificarsi il passaggio in pieno e con forte intensità della corrente stradale attraverso il corpo del malato, passaggio reso più facile dal fatto che l'elettrodo applicato alla cute è generalmente bagnato con acqua salata, con tutte le conseguenze gravi che tale passaggio può produrre, e che altrove ricordiamo. Casi simili si sono verificati più volte a Parigi, ove la corrente

continua è distribuita mediante varie linee con neutro a terra. Ma, come si è detto, tali apparecchi fortunatamente si trovano ora solo nei musei di storia della medicina.

Dunque, in linea di massima, le correnti galvaniche a scopo terapeutico non sono pericolose per l'organismo. Questa parola « pericolose » va intesa nel senso di pericolo diretto (fulminazione o lesione diretta da elettricità sull'organismo) perchè un'azione dannosa indiretta sull'organismo anche queste correnti possono averla. Intendo riferirmi ai fenomeni di jonizzazione e di elettrolisi che la corrente elettrica continua usata a scopo terapeutico ha sui tessuti organici, se applicata in modo stabile, per una certa durata e con una certa intensità. Per tali ragioni la corrente galvanica può produrre involontariamente necrosi ed escare cutanee, mentre volontariamente può essere usata (metodo oggi quasi del tutto abbandonato) per necrotizzare tessuti cutanei o mucosi eccessivamente proliferanti (restringimenti uretrali, esofagei, delle vie lacrimali, fibromi uterini sottomucosi, ecc.). Mentre tale metodo di distruzione dei tessuti è basato sul principio dell'elettrolisi, vi è un altro metodo che si serve della corrente continua e che raggiunge lo stesso scopo mediante la causticazione. Tale metodo, usato specialmente in passato, utilizzava la corrente continua per far diventare incandescenti fili e sottili coltelli di platino che servivano allo scopo di causticazione diretta dei tessuti malati. La corrente elettrica non aveva in questo caso alcun effetto terapeutico, ed aveva solo lo scopo di far arroventare il filo di platino, il quale agiva come il comune termocauterio del Paquelin. Anche oggi la caustica è largamente usata, in chirurgia e dermatologia specialmente, ma però oggi si preferisce ottenerla mediante l'uso di trasformatori su corrente alternata, capaci di fornire grandi intensità a basso voltaggio, con molto minor spreco di energia, che, nella corrente continua, veniva assorbita da resistenze ohmiche. Le lesioni prodotte da tali elettrocauteri non rientrano evidentemente nel nostro argomento, sia perchè volontarie, sia perchè non prodotte direttamente dalla corrente elettrica, ma dal calore fornito dal filo di platino reso incandescente dalla corrente elettrica.

Gli *apparecchi per corrente faradica* sono costituiti in genere da un rocchetto di Rumkorff di piccole dimensioni (vedi capitolo sugli apparecchi ad induttore per produzione di raggi X) alimentato da corrente galvanica. Questa, che entra nel primario come corrente di quantità e con minimo voltaggio, esce dal secondario con voltaggio elevato e con quantità minima. La applicazione di corrente faradica è quindi una applicazione di tensione, a differenza della corrente galvanica, che rappresenta una applicazione di quantità. La corrente galvanica di alimentazione può essere fornita da pile o da uno qualsiasi degli altri generatori descritti nel precedente capitolo; può essere anche direttamente fornita dalla rete stradale, se continua, e previa inserzione di adatte resistenze ohmiche. In questo caso non sussiste più il pericolo a cui abbiamo accennato nel capitolo precedente, riferendoci alla corrente galvanica ottenuta direttamente dalla rete stradale, perchè la corrente lanciata nel primario del rocchetto di Rumkorff non ha alcun contatto elettrico col secondario, da cui è generata la corrente faradica.

La regolazione della corrente faradica si ottiene mediante l'avvicinamento o l'allontanamento fra loro dei due avvolgimenti primario e secondario e del nucleo di ferro; l'induzione fra i due avvolgimenti è massima, e quindi la corrente faradica raggiunge il suo massimo valore, quando il nucleo è tutto nell'interno dell'avvolgimento primario, e questo a sua volta è tutto nell'interno dell'avvolgimento secondario.

L'azione biologica della corrente faradica è legata alla eccitazione muscolare che può essere spinta sino a raggiungere il tetano muscolare, quando, essendo la tensione assai elevata, il numero delle interruzioni è molto frequente (ma non frequentissimo, perchè, come vedremo nei capitoli seguenti, l'effetto biologico delle correnti alternate si annulla, per quanto riguarda l'azione tetanizzante, quando il numero delle alternanze supera un certo valore).

La corrente faradica inoltre ha una azione stimolante sulle terminazioni nervose sensitive, ed una azione sulle terminazioni vasomotorie.

La corrente faradica, essendo una corrente alternata, non produce elettrolisi. Per tutte queste ragioni, e per la scarsissima quantità di corrente prodotta dal secondario del rocchetto, la corrente faradica, purchè applicata in modo che non riesca tetanizzante, può considerarsi normalmente innocua per l'organismo, non potendo produrre lesioni anatomiche o funzionali, e manifestando la sua presenza con una sensazione più o meno molesta e più o meno tollerabile. Invece l'uso di correnti faradiche tetanizzanti non è del tutto innocuo per il malato. È stato infatti constatato (Debélat) che in seguito alla eccitazione tetanizzante si ha atrofia della sostanza muscolare con lesioni delle fibre muscolari (consistenti in alterazioni della striatura, ineguaglianza di continuità e di colorabilità delle fibre, deformazioni delle fibre che si presentano ondulanti ed in alcuni punti mostrano delle fessure trasversali e longitudinali). Va ricordato che applicazioni intense di corrente faradica in corrispondenza di alcuni punti del collo e del torace, a causa della stimolazione eccessiva e prolungata del vago e del frenico, possono produrre dei fatti di contrazione tetanica del diaframma, dei muscoli respiratori, ed anche modificazioni nella frequenza e nel ritmo cardiaco, che, perdurando a lungo, potrebbero divenire pericolosi. Viceversa applicazioni di giusta intensità e di breve durata in punti adatti del collo e del torace possono stimolare la contrattura di tali muscoli respiratori; vedremo che tale metodo, usato già da tempo in casi di asfissia dei neonati, è consigliato in casi di paralisi respiratoria nei colpiti da corrente elettrica, in aggiunta od in sostituzione della respirazione artificiale.

Gli *apparecchi per corrente sinusoidale* sono in genere costituiti da un piccolo trasformatore a foggia di rocchetto, nel cui primario viene immessa la corrente alternata stradale, previo passaggio attraverso adatte resistenze, mentre dal secondario è generata una corrente alternata, della stessa frequenza, ma di tensione più elevata. La forma della corrente sinusoidale è esattamente la stessa di quella della corrente alternata stradale, che non viene direttamente usata a scopi terapeutici per varie ragioni, fra le quali soprattutto quel-

la di non collegare direttamente il malato con la rete stradale, sia pure attraverso varie e molteplici resistenze ohmiche. Con l'uso degli apparecchi sopraddetti la corrente alternata o sinusoidale utilizzata è del tutto indipendente dalla corrente stradale; la regolazione di intensità e tensione della corrente secondaria si ottiene come per la corrente faradica, e cioè mediante l'avvicinamento o l'allontanamento dei due circuiti primario e secondario.

L'azione biologica delle correnti sinusoidali si manifesta, a differenza della corrente faradica, più sui muscoli lisci che sui muscoli striati. Anche la corrente sinusoidale provoca il tetano muscolare allorchè la corrente ha raggiunto un certo valore. Va ricordato anche che la corrente sinusoidale provoca sulle terminazioni nervose sensitive una sensazione assai più molesta e dolorosa che non la corrente faradica, e che quindi il limite di tollerabilità della sinusoidale è assai basso. Per queste ragioni, per la facilità di produzione del tetano muscolare, e per la sua speciale influenza sulla muscolatura liscia, la corrente sinusoidale presenta una pericolosità notevolmente superiore a quella offerta dalla corrente faradica, tenendo specialmente presente l'azione che tale corrente può esplicare sul vago, e sugli organi a muscolatura liscia nei quali l'innervazione vagale si distribuisce.

Ciò spiega forse il perchè qualche volta, in seguito ad applicazioni di corrente sinusoidale regolarmente eseguite, si verifichino improvvisi ed anche gravi fatti di choc, o prolungate lipotimie, con polso frequentissimo appena percettibile, fatti che qualche volta richiedono l'uso di eccitanti cardiaci ed anche la respirazione artificiale. Probabilmente in questi casi si tratta di soggetti con preesistente squilibrio vago simpatico; in ogni modo va tenuto presente che la corrente sinusoidale, a differenza della galvanica e della faradica, può qualche volta produrre degli inconvenienti, se non gravi, per lo meno sempre spiacevoli.

Nel caso in cui si faccia uso di correnti combinate (galvano-faradica; galvano-sinusoidale) non vi è nulla di nuovo da aggiungere. Sembra solamente che l'azione combinata delle varie correnti, come si manifesta in genere con un rinforzo del l'azione biologica e terapeutica, così si manifesta con un aumento del potere lesivo sull'organismo, tanto da richiedere una maggiore attenzione da parte del medico elettroterapista.

Gli *apparecchi per elettricità statica* sono basati sul principio della elettrizzazione che si forma in alcuni corpi (vetro, ebanite, ecc.) in seguito a strofinio. Il tipo classico dell'apparecchio per produzione di elettricità statica è la macchina di Wimshurst a dischi di ebanite ruotanti in senso contrario. L'elettricità statica è prodotta dallo strofinio di fini spazzole metalliche sui dischi di ebanite, e viene addotta a due sfere di metallo avvicinabili ed allontanabili a volontà. Tra queste due sfere scoccano le scintille durante il funzionamento della macchina, e la distanza esplosiva indica la tensione raggiunta dall'apparecchio. L'intensità della corrente viene invece graduata mediante l'utilizzazione di un numero maggiore o minore di dischi, o mediante variazioni di velocità degli stessi. A questa macchina elettrostatica sono in genere aggiunti due condensatori che vengono usati per ottenere le correnti di Morton, di cui in seguito ci occuperemo.

Per mezzo di cordoni metallici isolati la elettricità statica viene condotta dalle due sfere al corpo umano.

Le modalità di applicazione della elettricità statica possono essere varie, e cioè sotto forma di bagno, doccia, soffio elettrostatico, scintillazione, ecc. Nei primi tre casi (bagno, doccia e soffio elettrostatico) il paziente non avverte sensazioni brusche o sgradevoli, mentre nella scintillazione, che consiste nella produzione di scintille fra l'elettrodo e la cute, si hanno sensazioni piuttosto dolorose di scossa elettrica violenta accompagnata da brusca contrazione muscolare, con alterazioni cutanee transitorie, prevalentemente di origine vasomotoria. Se la scintillazione viene protratta a lungo, e la scintilla cade sempre su di uno stesso punto della cute, si può avere anche la formazione di flittene e di escare superficiali. L'elettricità statica non rappresenta quindi un pericolo di lesioni importanti per l'organismo, dato che le lesioni più gravi che questa forma di elettricità può produrre sono appunto quelle consecutive a scintillazione ripetuta. La ragione di questa innocuità della elettricità statica è da ricercare nella scarsissima quantità di corrente prodotta, sebbene a tensione molto elevata, e nella brevissima durata della scarica.

Prima di abbandonare questo argomento della elettricità statica, debbono essere ricordate le correnti di Morton. Abbiamo già detto che nella macchina elettrostatica del Wimshurst vengono aggiunti in genere due condensatori, la cui armatura interna è in contatto con i collettori della macchina, e con le due sfere metalliche dello scintillatore. L'armatura esterna di uno dei due condensatori è collegata a terra; l'altra è collegata direttamente al paziente, non isolato da terra, per mezzo di un elettrodo comune poggiato su di un punto del corpo. Azionando la macchina e facendo scoccare le scintille fra le due sfere, si produce nel paziente una violenta contrazione muscolare ad ogni scoccare di scintilla. Queste sono le correnti statiche indotte di Morton, la cui applicazione va sotto il nome di Franklinizzazione Hertziana, dato che si tratta di utilizzazione di oscillazioni elettriche analoghe a quelle hertziane. Se le sfere dello scintillatore vengono avvicinate, tanto da avere delle scintillazioni ad interruzioni frequentissime, ad un certo momento non si avrà più alcuna contrazione muscolare nè alcuna sensazione elettrica. Questo è il principio su cui sono basate le correnti di alta frequenza, di cui ci occuperemo fra poco. Le correnti statiche indotte di Morton non rappresentano alcun pericolo di lesioni per l'organismo, trattandosi di scariche provenienti da condensatori di piccola capacità; esse provocano in genere scarsi effetti sensitivi mentre si ha invece violenta contrazione muscolare, contrazione tanto più intensa quanto più rare sono le scintille scoccanti fra le due sfere. La contrazione provocata dalla scarica dei condensatori è più intensa di quella prodotta dalla scintillazione ottenuta direttamente dalla macchina elettrostatica.

Può concludersi quindi che la elettricità statica, sia proveniente direttamente dall'apparecchio generatore, sia sotto forma di correnti indotte di Morton, è in genere innocua per l'organismo, nel senso che non può apportare lesioni di una certa importanza a carattere involontario, nè tanto meno rappresentare pericolo per l'esistenza.

(Continua).

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

L'appetito

H. Winterstein (*Die Med. Welt*, n. 24, 1931) tratta questo argomento, che a tutta prima non sembrerebbe di natura strettamente medica, con grande brio e molta acutezza.

Quando Rubner lanciò le sue famose teorie sulle basi energetiche dell'alimentazione, tutto fu calcolato a calorie, ogni cibo valutato in quanto capace di dar calorie, ogni altro elemento disprezzato o addirittura ignorato; toccava così alla « minestra » la triste sorte di decadere da ogni dignità e di essere dichiarata la più inutile delle alimentazioni.

Fu poi il Pawlow che con le sue ricerche sulle fistole salivari e gastriche riportò in grande onore il vecchio signore appetito; le celebri osservazioni sulla secrezione delle glandole salivari e gastriche, sotto lo stimolo puramente psichico della vista di un cibo desiderato, i rapporti tra la quantità e la qualità della secrezione e il tipo dell'alimento, i turbamenti apportati a questa secrezione dall'ansia, dalla collera, dall'invidia hanno dimostrato la reale, fisiologica importanza del « piacere di mangiare ».

Mille piccoli fattori possono rendere un pranzo « appetitoso »: il modo come è cotto, come è presentato, la buona grazia, la tranquillità dell'ambiente, ecc.

Ogni mensa, con la sua classica formazione (antipasto, minestra, carne e frutta) corrisponde in realtà ad una gamma di stimolazioni dell'appetito; che viene eccitato in modo particolare dalla minestra, la quale torna così in onore, essendo un liquido caldo, ricco di sostanze estrattive, incapace di diluire dannosamente le secrezioni gastriche perchè abbandona rapidamente lo stomaco. L'appetito fa sì che la nostra alimentazione oscilli entro limiti relativamente costanti: esso si sbaglia di rado, perchè esistano pervertimenti dannosi, per es. l'abuso dell'alcool: ma sono rari, e la natura sembra dar ragione a Zarathustra: « Io ti dico in verità che esiste più ragione nel tuo corpo che in tutta la tua saggezza ».

V. S.

Un sintoma importante dell'amebiasi intestinale cronica.

A. da Silva Mello (*Arch. f. Schiffs- u. Tropen-Hygiene, Path. u. Ther. exot. Krankheiten*, n. 8, 1930) richiama l'attenzione sopra un sintoma che egli ha ritrovato in numerosi casi di infezione cronica amebiasica dell'intestino. Tale segno, che egli chiama « segno dell'ipogastrio sinistro », consiste in una sensibilità più o meno forte e diffusa dell'addome in questa regione, lungo l'S iliaca e nelle parti inferiori del colon discendente. Esso è frequente e quasi costante nelle coliti croniche, ma in esse non ha grande valore. Invece, nell'amebiasi intestinale larvata e non riconosciuta, esso è specialmente da mettersi in rilievo, tanto più che spesso costituisce il solo sintoma ed assume un valore patognomonico nei casi complicati ed oscuri in cui non si ha altro sintoma intestinale e le notizie anamnestiche non soccorrono.

In base ad esso, l'A. ha potuto fare la diagnosi in casi nei quali la origine amebiasica sarebbe altrimenti sfuggita. L'uso di questo segno nei paesi caldi potrà rendere utilissimi servizi per la diagnosi di amebiasi.

In complesso, l'amebiasi si viene sempre più dimostrando come un concetto clinico che va reso il più che sia possibile indipendente dal laboratorio. L'uso di questo segno e della prova terapeutica con lo yatren faranno fare una diagnosi altrimenti impossibile e porteranno ad una terapia efficace.

fil.

CASISTICA E TERAPIA.

Le dermatosi simmetriche dismenorroiche.

Col nome di dermatosi simmetrica dismenorroica Matzenauer e Polland descrissero nel 1912 un'affezione cutanea caratterizzata dall'insorgenza improvvisa di macchie di colorito rosso che si allargano alla periferia, assumendo un aspetto orticarioide, macchie alle quali segue uno stadio nettamente necrotico che ripara lasciando una leggera pigmentazione residua, mentre in qualche altro caso, in cui la necrosi è più profonda, si può avere la formazione di cicatrici viziose o cheloidee.

I casi successivamente descritti col nome di dermatite simmetrica dismenorroica, sono spesso, quanto a morfologia, diversi da quelli osservati da Matzenauer e Polland, presentano però secondo M. Artom (*Arch. Ital. di Dermatologia Sifilografia e Venereologia*, vol. VI, fasc. 6) i tre elementi fondamentali per il diagnostico e cioè: 1) la comparsa di essi casi in soggetti presentanti i segni di disfunzione ovarica. 2) La coincidenza della loro comparsa, della loro permanenza e del loro ritorno con le mestruazioni e della loro scomparsa o almeno della loro attenuazione con gli intervalli mestruali o col moderarsi dei fenomeni dismenorroici. 3) La disposizione sempre simmetrica delle alterazioni cutanee.

Per quanto riguarda il meccanismo di produzione degli esantemi da dismenorrea le ricerche eseguite da Artom nei due casi da lui osservati, lo portano ad ammettere una patogenesi neuro-vegetativa. Ma la distonia del sistema autonomo non può esser l'unico elemento determinante la comparsa della dermatosi, e come nello choc anafilattico è necessario anche l'intervento dell'antigene albuminoideo

così nella dermatite dismenorroica bisogna ammettere la presenza di una determinata sostanza, che venendosi a trovare durante il periodo mestruale in rapporto disarmonico con altre sostanze attive dell'organismo agisca da tossico. Tale ruolo potrebbe essere attribuito alla colina, ricordando il dimostrato aumento del contenuto colinico nel sangue e nel sudore di donne mestruanti o che si trovino nel periodo immediatamente precedente al mestruo.

Non è riuscita però ad Artom in modo sicuro la dimostrazione sperimentale di siffatta attività patogenetica della colina.

M. MONACELLI.

Un caso di avvelenamento da tallio seguito all'uso prolungato di una crema depilatoria.

W. S. Duncan e E. H. Crosby (*Journ. of the Am. Med. Ass.*, 30-5-1931) riferiscono il caso di una donna di 24 a., la quale entrò nella clinica di Cleveland con dolori forti alla pianta dei due piedi e alle articolazioni dell'anca, debolezza dei due arti inferiori e senso di bruciore intenso ai due piedi. Era stata curata per artrite degli arti inferiori. Quattro mesi e mezzo prima aveva avuto forte dolore all'epigastrio che poi si era esteso a tutto l'addome. Questo dolore compariva intermittentemente, era accompagnato da vomito e non era in rapporto coll'ingestione di alimenti, e scomparve solo dopo due mesi, quando comparve bruciore degli arti inferiori e più specialmente ai piedi in corrispondenza del 3°, 4° e 5° dito. Poi la p. ebbe aumento della sensibilità cutanea estesa a quasi tutti e due gli arti inferiori. Inoltre aveva perduto notevolmente di peso. Obbiettivamente presentava un'iperestesia tattile e dolorifica degli arti inferiori con sensibilità termica conservata. C'era anche notevole riduzione della eccitabilità faradica e galvanica dei muscoli dei due arti inferiori con atrofie muscolari e riflessi appena provocabili. L'ammalata per 5 anni ha usato ogni quattro mesi una tintura per capelli a base di henna e negli ultimi 5 mesi tutte le sere adoperava una crema depilatoria al tallio. Fu fatta diagnosi di avvelenamento da tallio e poichè l'ammalata era gravida fu proposta e attuata la provocazione dell'aborto. La paziente migliorò rapidamente, però si è continuata sempre a lamentare di senso di bruciore e di debolezza ai piedi.

Altri due casi di avvelenamento da tallio per creme depilatorie sono descritti: uno da S. S. Gienbaum e uno da J. Frank Schamberg nella discussione che seguì la comunicazione del caso surriferito.

R. LUSENA.

Il trattamento dell'alopecia.

J. Belot e M. Altmann (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 genn. 1931) consigliano quanto segue.

Primo tempo. Quando è possibile tagliare molto corti i capelli o raderli addirittura.

Secondo tempo. Applicare sulle parti malate un irritante chimico, ripetendo l'applicazione quando è scomparsa l'irritazione di quella anteriore. Si potrà dare la crisarobina (pomata al 30 %), il catrame, oppure:

Acido fenico nevoso	
Glicerina	
Alcool	ana g. 2.

oppure:

Acido acetico cristallizzabile	g. 0,50-4
Cloralio idrato	g. 2-5
Etere officinale	g. 25

Terzo tempo. Fare, una volta al giorno, una frizione energica di tutto il cuoio capelluto con una delle soluzioni seguenti:

1) Ammoniaca, g. 10; Rhum, Acqua di foglie di noci, ana g. 100.

2) Alcool canforato g. 125; Essenza di trementina g. 25; Ammoniaca g. 5.

Quarto tempo. Tutte le sere, massaggio della placca (se non è troppo irritata) con una delle formule seguenti.

1) Alcoolato di Fioravanti g. 50; Alcool canforato g. 125; Tintura di cantaride g. 10; Tintura di rosmarino, Tintura di jaborandi, ana gr. 30; Acido acetico g. 1-4.

2) Tintura di cantaride cg. 20; Catrame purificato, Solfo precipitato, ana g. 2; Sapone fino, Balsamo del Perù, ana cg. 60; Vaselina pura g. 20.

Quinto tempo. Sgrassare accuratamente le placche con il liquore di Hoffmann.

Importante è il trattamento dell'elemento causale (sifilide, disturbi endocrini) e quello generale (idroterapia, ginnastica, vita all'aria libera, cambiamento di ambiente).

fil.

Nell'impetigine.

H. Malherbe consiglia di fare anzitutto cadere le croste mediante dei cataplasmi freddi di fecola, tenuti per un paio d'ore ed imbevuti con olio di mandorle dolci ed applicati mattino e sera. Mediante tamponi di cotone sterile, si lava poi con un quarto di litro di acqua di crusca bollita, a cui si aggiunge un cucchiaino di liquore di Van Swieten.

In seguito si applica la seguente pomata:

Ossido giallo di mercurio	cg. 30
Vaselina	g. 30

Si cosparge poi con polvere d'amido.

Se vi è prurito, si aggiunge alla pomata dell'acido salicilico (30 cg.).

La guarigione si ha in pochi giorni. In qualche caso, è necessario fare qualche spennellatura, ogni 3 giorni, con nitrato d'argento a 1/30.

Nel prurito degli epatici.

G. Parturier (*Journ. des praticiens*, 18 giugno 1931) consiglia:

Mentol	g. 1
Canfora	g. 3
Carbonato di bismuto	g. 25

S. Spolverare sulle parti pruriginose.

oppure:

Cloridrato di cocaina	cg.	75
Mentol	g.	1
Canfora	»	3
Lanolina	»	10
Vaselina	»	50

Nel prurito vulvare, iniezioni molto calde di decotto di foglie di noce al 50 %, medicazioni umide con lo stesso decotto ed applicazioni della seguente pomata:

Silicato di sodio	cg.	25
Polvere di radici di guaco	g.	10
Mentol	cg.	50
Lanolina	g.	25

Vi si possono aggiungere cg. 75 di cloridrato di cocaina.

Il trattamento delle ustioni gravi senza medicatura.

Questo metodo di cura, quale viene descritto da Patel e Ponthub (*Progrès méd.*. 22 marzo 1930 e *Presse méd.*, 4 ott. 1930) si svolge in due fasi; nella prima, si lascia l'ustione a sè, senza medicatura nè topici, nella seconda, quando il disseccamento è completo, si applicano dei topici, ma senza medicatura.

Nella prima fase, si fa una pulizia dell'ustione, con la benzina o con acqua e sapone; si spennellano con tintura di jodio le parti periferiche sane in vicinanza; il tutto senza anestesia di sorta. Poi l'ustione viene lasciata all'aria, soltanto, quando la regione vi si presta, la si protegge con un archetto in fil di ferro ricoperto di garza o di tela. Il dolore scompare rapidamente fin dalle prime ore.

Appare in seguito la crosta, che protegge la regione dall'infezione. Il disseccamento può essere favorito dall'uso dell'aria calda e da applicazioni di acido tannico.

La scomparsa della crosta, nella seconda fase, può essere favorita mediante l'applicazione di cataplasmi di fecola. Se esistono, fra le croste, delle zone ancora cruente, si possono applicare dei topici, come l'acido picrico ed il *tulle* grasso, in misura assai limitata. Gli autori americani preconizzano l'escissione chirurgica delle croste, seguita subito dall'innesto.

Nelle ustioni della faccia, in cui l'interesse estetico è predominante, l'ambrina o preparati analoghi riprendono i loro pieni diritti.

fil.

L'alcool puro nel trattamento delle ustioni.

Al più presto, dopo l'ustione, si immerge la parte nell'alcool puro (a 94) o, se ciò non è possibile, si applicano sulla parte delle compresse imbevute con tale alcool. Questo ha un'azione in certo modo abortiva ed impedisce la formazione di vescicole. L'effetto è ottenuto dopo qualche minuto; si possono allora levare le compresse e fare a meno di ogni altro trattamento.

L'epidermide lasciata a nudo è rossa, aderente e, nei punti in cui è stata distrutta, si distaccherà in fini lamelle dopo qualche giorno, lasciando al suo posto la cute del tutto rigenerata ed una cicatrice poco apparente. Il metodo è stato preconizzato da Berret nel 1923. (*Journ de méd. de Paris*, 9 aprile 1931).

fil.

EPIDEMIOLOGIA.

L'incidenza dei protozoi nell'intestino umano.

J. Andrews e M. Paulson (*The Americ. Journal the Medic. Sciences*, gennaio 1931) studiarono 312 persone di civile condizione, e viventi in clima temperato con disturbi gastro-intestinali e trovarono protozoi in 35 (11,2 %). I protozoi trovati erano: entamoeba hystolitica (1 caso), entamoeba coli (15 casi), endolimax nana (9), iodamoeba williamsi (5), trichomonas homini (5), chilomastix mesnili (3), giardia lamblia (11) ed embadomonas intestinalis (1). In 24 casi c'era una sola specie di protozoi, in 7 ce n'erano 2 e in 4 ce n'erano tre.

Questi dati percentuali corrispondono press'a poco coi dati rilevati già nel 1927 dagli stessi AA.

R. LUSENA.

Trasmissione del kala-azar mediante morsicatura di Phlebotomus argentipes.

H. E. Shortt, R. O. Smith, C. S. Swaminath e K. V. Krishnan (*The Indian Journ. of Medic. Research*, 1931) sono riusciti a trasmettere il Kala-Azar indiano mediante la puntura di questo insetto. I tentativi fatti precedentemente da altri autori erano stati negativi. L'esperimento fu fatto su animali.

La sola differenza dagli esperimenti fatti da altri è stata la più lunga durata del periodo di osservazione che è stato di 16 mesi. Un solo animale si infettò su 42 adoperati, probabilmente perchè la capacità di infettare è molto bassa. Gli AA. ritengono che si debbano ripetere gli esperimenti in periodo epidemico, periodo durante il quale può darsi che si osservi una maggiore virulenza del parassita e quindi più facile trasmissibilità col morso di zanzara.

R. LUSENA.

MEDICINA SOCIALE.

Il cancro professionale.

In un vasto studio fatto sul materiale del «Memorial Hospital» di New York, C. D. Haagensen (*Amer. Journ. of Cancer*, aprile 1931) si occupa della distribuzione di certi tipi di neoplasma fra le diverse categorie di lavoratori, della distribuzione anatomica del cancro secondo i gruppi di lavoratori e dell'età media a cui si verifica il cancro stesso.

Risulta, in complesso, confermata l'opinione che certi tipi di neoplasmi sono strettamente associati con alcuni determinati agenti in certe lavorazioni.

Così, l'A. ha osservato notevole frequenza del cancro fra i lavoratori del gas (contatto col catrame) e nelle raffinerie di petrolio (contatto con la nafta e con le frazioni distillanti da essa). L'esposizione agli olii lubrificanti predispone al cancro del pene e dello scroto, parti che sembrano predilette anche per la poca pulizia dei lavoratori. Una netta eccedenza del cancro cutaneo (specialmente faccia e labbro inferiore) fra i lavoratori all'aria libera indicherebbe l'importanza della luce solare nell'eziologia di tale cancro.

L'A. ha inoltre descritto la leucemia linfatica prodotta dal radio ed ha anche osservato una grande frequenza di metastasi (63 %) nel cancro da raggi X, il che indica la grande malignità di tale tipo di carcinoma e suggerisce che il trattamento deve essere più radicale.

Lo studio dei cancri del polmone e della vescica dimostra che non vi è associazione evidente di esso con il lavoro.

Nei dati raccolti, l'A. ha trovato un'elevata percentuale di cancri cutanei in alcuni gruppi, come gli ecclesiastici, in cui non risulta nessun rischio professionale. Questo suggerisce l'idea che *l'esposizione a cause professionali è probabilmente soltanto uno dei molteplici fattori eziologici del cancro.*

In studii di tal fatta, è assolutamente necessario procedere ad un'anamnesi assai accurata per quanto riguarda i possibili fattori carcinogeni, tenendo presente che il periodo di latenza può essere lunghissimo. Bang cita il caso di un marinaio che aveva lavorato in gioventù come spazzacamino; dopo 19 anni si sviluppò un tipico carcinoma dello scroto. Nelle osservazioni dell'A., il cancro in 13 filatori di cotone si sviluppò da 1 a 14 anni dopo l'abbandono del lavoro.

Per lo studio è necessario che, nelle statistiche e nelle schede ospedaliere non s'indichi la professione dell'individuo semplicemente come « lavoratore », ma si noti quale lavoro specifico esso compia; così deve essere sempre descritta con precisione la dermatosi da cui l'individuo è affetto. È noto, di fatto, che vi sono delle dermatosi precancerose come le papule e le verruche nei lavoratori dell'olio di schisto, le verruche dei lavoratori della pece, le cheratosi dei roentgenologi.

Nell'esame del malato si avrà un grande aiuto dalla biopsia. *fil.*

La febbre ondulante quale malattia professionale.

C. Dubois e M. Sollier (*Bull. Ac. de Méd.*, 20 luglio 1930) hanno rilevato, in Francia, 480 casi di febbre ondulante, ascrivibile al *Bacillus abortus*, dei quali i 7/8 tra persone esposte per il loro mestiere all'infezione: pecorai, coloni, operai agricoltori, garzoni macellai, tosatori di pecore; bisognerebbe aggiungervi gli studiosi di laboratori. Sfuggirono ai rilievi i proprietari di terreni e di macelleria ed i veterinari, perchè non beneficiano delle disposizioni delle leggi francesi sulle malattie professionali.

Gli AA. concludono che la febbre ondulante dev'essere considerata quale malattia del lavoro.

Invece A. Alessandrini (*Annali d'Igiene*, aprile 1931) sostiene, con copia di argomenti medici e giuridici, che la febbre ondulante contratta nell'esercizio professionale va considerata come un « infortunio » indennizzabile, non come una « malattia » del lavoro.

A. P.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. G. B. 13:

Per ciò che la interessa, ella può consultare:

1) A. SIGNORELLI: « Come si ammala di tubercolosi e come si guarisce ». L. Pozzi, ed., Roma, L. 5;

2) E. DELLA SETA: « Per la lotta contro la tubercolosi. Si guarisce, come si guarisce. Consigli ai predisposti »;

3) Id.: « Che cosa è la tubercolosi? ». L. 1,50. Per ordinativi importanti L. 1;

4) Id.: « Schema di conferenza di propaganda per la lotta contro la tubercolosi », Lire 3. Sconto ai Comuni, Enti culturali, ecc.

Questi ultimi tre, acquistabili presso l'Editrice « Salute e igiene », Via XX Settembre, 98-E, Roma.

5) D. SARTORI: « La tubercolosi. Ciò che ognuno dovrebbe conoscere ». Presso l'A., Sanatorio S. Pancrazio, Arco (Trento).

I numeri 2, 3, 5, adatti anche per la distribuzione a non medici. *fil.*

VARIA.

L'origine della parola " veronal ".

K. F. Behne riferisce, nel *Journal A. M. A.* (18 luglio 1931), la storia della parola « veronal ».

Von Mering aveva ideao il computo chimico che reca ora questo nome.

Durante un suo viaggio di vacanze in Italia, il treno aveva fatto sosta a Verona. Ivi egli fu raggiunto da un telegramma di Emilio Fischer, che gli annunziava di essere riuscito a preparare il prodotto. Von Mering ne fu così lieto, che volle ricordare la data, conferendo al nuovo prodotto il nome della città. Egli non era solo un grande scienziato, ma un uomo pratico: egli comprese che il nuovo nome era idoneo ad attrarre l'attenzione.

È così che l'artistica città, consacrata in un dramma di Shakespeare, ha legato il nome a uno dei rimedi più in voga.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Le nuove norme per la rivalsa delle spese di spedalità.

Come abbiamo annunziato, il Capo del Governo, Ministro dell'Interno, ha presentato alla Camera un disegno di legge recante le nuove norme per la rivalsa delle spese di spedalità e manicomiali. Il disegno di legge è preceduto da un'ampia relazione che ne illustra la portata.

« In base alle vigenti disposizioni — dice la relazione — le amministrazioni degli ospedali e dei Comuni sono tenute ad anticipare le spese di spedalità per i ricoverati d'urgenza negli ospedali stessi salvo a rivalersi, con l'ordinaria procedura, dinanzi all'autorità giudiziaria, verso i ricoverati e loro congiunti che risultino non trovarsi in condizioni di povertà.

Da vario tempo si è dovuto rilevare che l'esercizio del procedimento ordinario produce notevoli inconvenienti e rende difficile il recupero da parte dell'amministrazione degli Istituti e dei Comuni delle somme da essi anticipate. Detto procedimento, infatti, non si dimostra il più idoneo, in quanto gli enti, per ordinare il rimborso di somme (anche di lieve entità), corrisposte in conseguenza della prestazione di servizio pubblico, sono obbligati, nella qualità di creditori, ad anticipare spese di giudizio, alcune volte superiori all'ammontare delle somme da riscuotere. Tale situazione non può che portare ripercussioni veramente gravi per gli istituti ospitalieri e per i Comuni dato che le spese di spedalità raggiungono cifre sempre più considerevoli e costituiscono, perciò, un onere assai grave, talora insostenibile, per le ridotte finanze di detti enti.

Risulta, infatti, secondo gli accertamenti eseguiti, che i crediti degli ospedali per spese di assistenza non riscosse ammontano alla rilevante cifra di L. 138.326.475, senza tener conto di L. 81.185,60 per crediti relativi a spedalità romane.

Attese le accennate circostanze, si è ravvisato urgente la necessità di provvedere all'emanazione di norme in base a cui l'amministrazione dei Comuni e degli ospedali possano, in modo più semplice, più rapido e più efficace, esercitare l'azione di rivalsa delle spese di spedalità nei confronti dei privati debitori che risultino non trovarsi in condizioni di povertà.

In proposito è da rilevare che, in base al disegno di legge per la riforma della finanza locale, l'emanazione delle norme stesse verrebbe ad essere attribuita al Governo. È da notare, però, che lo studio da parte degli organi competenti delle importanti questioni connesse al riordinamento della finanza locale farebbe rimandare di qualche tempo la emanazione di dette disposizioni mentre, invece, urge, attesa la grave situazione finanziaria degli ospedali e dei Comuni, di porre tali enti al più presto in condizione di poter in modo celere essere rimborsati delle spese di ricovero da essi anticipate.

Il Governo ha creduto perciò, all'uopo, predisporre uno schema di disegno di legge (le cui norme, per evidente analogia di materia, vengono anche estese per la rivalsa delle spese per assistenza manicomiale) indipendentemente da quei provvedimenti che saranno adottati nei riguardi del riordinamento della finanza locale.

Detto disegno di legge, al quale sono stati apportati vari emendamenti, concordati con l'ufficio centrale del Senato, ha riportato l'approvazione dell'alto consesso legislativo. Con tale disegno si dà attuazione e sviluppo ai principii contenuti nelle norme del R. D. 30 dicembre 1923, con cui furono precisati gli obblighi reciproci tra gli ospedali e i Comuni in materia di spedalità. Con detto decreto, infatti, veniva fatta salva l'azione di rivalsa, da parte dei Comuni e degli ospedali che non avessero potuto ottenere il rimborso delle spese di spedalità, verso i ricoverati che dagli accertamenti eseguiti non risultino trovarsi in condizioni di povertà. A detta disposizione, nell'intento di assicurare un rapido ed efficace sollievo alle amministrazioni degli enti che provvedono al ricovero e alle cure, dà ulteriore svolgimento il disegno, che ora si presenta, stabilendo tra l'altro la possibilità di intentare l'azione di rivalsa, non soltanto in confronto dei ricoverati ma anche dei congiunti tenuti per legge agli alimenti. Tale estensione se costituisce un'innovazione nei riguardi dei Comuni e degli ospedali già sussisteva nei riguardi dei manicomi pubblici.

In rapporto a tali istituti, il disegno di legge si riconnette, infatti, all'art. 73 del regolamento 16 agosto 1909, col quale « è sempre fatto salvo alla provincia che sopporta la spesa di mantenimento di un alienato il diritto di farsela rimborsare dal medesimo o dai parenti che fossero in grado di farlo, osservando l'ordine stabilito dall'art. 142 del C. C. ».

Nell'art. 1 del disegno di legge sono determinati i soggetti che possono esercitare con la procedura privilegiata l'azione di rivalsa delle spese di assistenza ospedaliera o manicomiale: le amministrazioni degli ospedali, dei Comuni o dei manicomi pubblici. Naturalmente l'azione compete alle provincie quando si avvalgano eventualmente in un manicomio privato ».

La relazione prosegue illustrando le disposizioni dei singoli articoli e così conclude:

« Tale è il progetto di legge, col quale il Governo, in rispondenza ai voti reiteratamente espressi dall'amministrazione degli enti interessati, ha completato le norme in vigore per la rivalsa

di spedalità colmando, in tal modo, una non trascurabile lacuna che presentava la nostra legislazione e dando alle province, ai comuni e agli istituti ospedalieri e manicomiali per la riscossione delle somme spesso rilevanti per spedalità da essi anticipate, il vantaggio di una eccezionale procedura privilegiata da cui le finanze dei detti enti ritrarranno sicuro beneficio ».

Vigilanza igienica del latte.

Per l'art. 49 del regolamento 9 maggio 1929, n. 994, sulla vigilanza igienica del latte destinato al consumo diretto, con il 24 giugno p. p. è scaduto il termine entro il quale le vaccherie ed i ricoveri per le capre lattifere devono essersi uniformati, rispettivamente, alle norme contenute negli articoli 2 e 3 e nell'art. 38 del regolamento stesso.

Questo Ministero ha ragione di ritenere che alle indispensabili sistemazioni siasi di regola adempiuto; tuttavia risulta che in qualche luogo, per difficoltà di vario genere e particolarmente di ordine economico, esistono ancora locali non del tutto rispondenti alle prescrizioni innanzi richiamate.

In considerazione delle ragioni che possono non aver consentito la generale applicazione delle norme regolamentari, questo Ministero, pur confermando la necessità, per evidenti ragioni di difesa della pubblica salute, che i fondamentali provvedimenti previsti trovino dappertutto diligente applicazione, ritiene conveniente lasciare al prudente giudizio delle EE. LL. di decidere, caso per caso, con criteri di equa larghezza, per quanto possa concernere sistemazioni che comportino sensibili oneri, e per le quali potrà tollerarsi qualche indugio. Dovrà invece esigersi che siano senza ulteriore ritardo eseguite tutte quelle operazioni di facile e non gravosa realizzazione inerenti alla pulizia dei locali ed alla loro buona tenuta, in modo da soddisfare, almeno a tale riguardo, agli inderogabili principii dell'igiene.

Si confida che gli interessati, apprezzando la equità con cui vengono considerate le loro particolari condizioni, vorranno volonterosamente corrispondere a quanto è richiesto ad essi; mentre i dipendenti servizi veterinari, esercitando il prescritto controllo sull'applicazione di tali norme regolamentari, dovranno nella circostanza svolgere anche opportuna azione di stimolo e di convincimento.

(Dal « Diritto Pubblico Sanitario »).

Indagine sul gozzismo.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Gen. della San. Pubbl.) con circolare 27 maggio 1931 intende accertare la diffusione del gozzismo, e l'importanza della sua manifestazione nelle regioni del Regno.

Rendesi utile anzitutto fissare alcuni concetti fondamentali da tener presenti nella rilevazione.

Si ritiene che di solito l'endemia gozzo-cretinica sia circoscritta a talune vallate alpine, nelle quali, peraltro, la malattia avrebbe in questi ultimi anni subita notevole regressione.

Oltre la forma tipica, caratterizzata dalla presenza dei gozzi voluminosi, vi sono però altre forme, pur esse dovute ad insufficienza funzionale della tiroide, le quali talora si presentano senza ingrandimento della tiroide, anzi con atrofia di questa, e che al pari del gozzo, apportano conseguenze assai gravi per l'organismo, come ottundimento del tono generale del sistema nervoso, fiacchezza nei movimenti, torpore intellettuale, arresto dello sviluppo fisico-psichico (nanismo, infantilismo, cretinismo, sordo-mutismo).

Il problema del gozzismo è, perciò, assai più vasto di quello dell'endemia gozzo-cretinica, e recenti accurate ricerche stanno a provare che il fenomeno è più diffuso di quanto generalmente si creda, e riscontrasi con maggiore o minore intensità anche in regioni ritenute immuni.

Questa constatazione dovrà tenersi presente nel procedere al rilevamento in parola, in modo da potersi alla fine ricavare elementi, sia pure generici, sulla diffusione del gozzismo, il che consentirà in un secondo tempo di approfondire le indagini nei punti di maggiore importanza.

Su due gruppi di popolazione, che sono i più accessibili all'esame, occorre che venga principalmente portata l'attenzione: *la popolazione scolastica*, compresa quella che frequenta gli asili infantili, e *la popolazione maschile* nel periodo in cui subisce la visita medica per il servizio militare.

Per questi speciali gruppi di popolazione sono stati preparati distinti prospetti, di cui si trasmettono all'EE. LL. adeguato numero, acciò ne curino la distribuzione a mezzo dei Comuni.

Il prospetto *A* riguarda i riformati al servizio militare, ed in esso devono essere riportati i dati delle riforme per gozzo nell'ultimo trentennio, desunti dai registri di leva.

Onde facilitare la raccolta dei dati sono citati in testa a ciascuna colonna gli articoli dell'elenco delle cause di riforma, in vigore in ciascun anno, per il gruppo delle infermità dipendenti dal gozzismo, come l'articolo di riforma per deficienza di statura.

Il prospetto *B* riguarda gli accertamenti da farsi in ciascuna scuola primaria, e possibilmente anche secondaria, e negli asili infantili, siano scuole pubbliche siano private.

In esso oltre l'accertamento per ciascun alunno sulle condizioni della tiroide, da farsi dall'ufficiale sanitario, dal medico condotto o dal medico scolastico, ove esiste, sono contenuti dati e giudizi sulla capacità intellettuale da esprimersi dai singoli insegnanti.

Per le scuole site nelle frazioni del Comune e per quelle rurali, dovrà farsi specifica indicazione della località, come anche sarebbe utile per le scuole dei Comuni recentemente aggregati indicare fra parentisi la denominazione dell'antico Comune.

Nelle annotazioni sono riportate talune norme per il rilevamento delle condizioni della tiroide, alle quali devono uniformarsi i medici che procedono all'esame dello scolaro.

Oltre che a constatare l'alterazione della tiroide,

l'esame dovrà portarsi sugli altri organi che possono essere dannosamente influenzati da tale alterazione, come lo sviluppo scheletrico, ed il sistema nervoso, e sugli altri disturbi morbosi che di solito sono espressioni di gozzismo, quale il mixedema, il nanismo e la generalizzata deficienza di statura, il cretinismo, con le varie sue gradazioni fino all'ottusità di mente, il sordomutismo, la balbuzie, ecc.

Questo Ministero è sicuro che le EE. LL. rendendosi conto dell'importanza sanitaria dell'indagine in parola, daranno le opportune disposizioni acciò essa si compia con il dovuto rigore e con tutta esattezza.

In particolar modo deve richiamarsi l'attenzione degli ufficiali sanitari sul controllo dei dati rilevati, invitandoli a redigere rapporto riassuntivo, corredate di tutte quelle altre maggiori notizie utili per dare la conoscenza esatta del fenomeno del gozzismo nel Comune e nelle frazioni.

Per quanto riguarda il rilevamento nelle scuole, essendo prossima la chiusura di esse, è opportuno predisporre fin d'ora il modo più agevole di attuazione all'inizio del nuovo anno scolastico, interessando che la restituzione a questo Ministero dei prospetti singolarmente controllati dal medico provinciale possa farsi al più presto e non oltre la fine di dicembre.

(Dal « Diritto Pubblico Sanitario »).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BARDONECCHIA (*Torino*). — A tutto 10 nov.; L. 9000 per 400 pov.; aumento 50 % in 20 anni; per cavalc. L. 1900; se uff. san. L. 600; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 6 ag.

BIANDRONNO (*Varese*). — Consorzio con Bardello e Bregano. Scadenza 30 settembre. Stipendio annuo lordo L. 9000 e indennità annua di L. 200 per l'uso della bicicletta. La superficie della condotta è di circa Km. 8 e la popolazione di 2172 abitanti. Per gli altri chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale di Biandronno.

CASORZO (*Alessandria*). — Scad. 4 nov.; L. 6500 e 4 quinquenni dec., oltre L. 500 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

CHIARI (*Brescia*). — Scad. 14 nov.; L. 9000 oltre L. 3000 trasp., c.-v.; riduz. 12 %; tassa L. 50.

FORLÌ. *Comune.* — Scad. 30 sett.; med. chir. supplente; L. 9000 e 10 bienni ventes., oltre L. 4000 trasp.; ritenuta 12 %; c.-v.; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 15 ag.; serv. entro 20 gg.

GENOVA. *Spedali Civili.* — Due assistenti medici; proroga 16 sett., ore 15; L. 4275 oltre indennità L. 8 per ogni guardia diurna e L. 10 per ogni guardia notturna; titoli ed esami; età lim. 30 a. al 20 feb.; tassa L. 50; doc. a 6 mesi dal 25 ag.; rivolgersi segreteria (Ospedale S. Martino).

LAMPEDUSA e LINOSA (*Agrigento*). — Scad. 10 ott.; per fraz. Lampedusa; L. 8000 e 4 quadrienni decimo.

LA SPEZIA. *R. Prefettura.* — Scad. 30 sett.; uff. san. di Vezzano Ligure.

LIVIGNO (*Sondrio*). — Stipendio L. 10.000. Indennità di cavalcatura L. 3500. Id. di trasferta L. 1000. Id. di Ufficiale Sanitario L. 500. Adeguato compenso per la tenuta dell'Armadio Farmaceutico. Il tutto da ridurre del 12 %. Aumento di un decimo ogni cinque anni. Domanda e documenti di rito, entro il 5 ottobre, al Municipio di Livigno. Tassa concorso L. 50. Le altre condizioni risultano dal Capitolato visibili in Municipio in orario d'ufficio.

MILANO. — Il Municipio comunica ch'è aperto il concorso pubblico, per titoli e per esami, a 24 posti di Medico di Riparto. Le domande dovranno essere presentate all'Ufficio di Protocollo generale del Comune dal 1° settembre al 1° dicembre 1931. Lo stipendio iniziale è di L. 12.000 all'anno, suscettibile di sei aumenti quadriennali, al lordo delle trattenute di legge nonchè della riduzione del 12 % di cui al R. D. L. 20 novembre 1930, n. 1491, oltre ad un supplemento di servizio attivo di annue L. 2800 — al lordo delle trattenute e delle riduzioni di cui sopra — ed all'indennità di caro-viveri in vigore per i funzionari dello Stato.

MUSSOLINIA DI SARDEGNA (*Cagliari*). — Scad. 18 sett.; L. 8000 oltre L. 1200 trasp.; riduz. 12 %.

NOTO (*Siracusa*). — Scad. 30 nov.; 2ª condotta; L. 8000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 900 serv. att.; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 25 agosto.

PADOVA. *Ospedale Civile.* — Assistente effettivo di chirurgia; L. 5000 decurtate del 12 %, due bienni dec., non c.-v.; medaglie di L. 30 per guardie di 24 ore; scad. ore 17 del 21 sett.; età lim. 30 a. al 21 ag.; tassa L. 50,10 alla Tesoreria; serv. entro 20 gg.

PALERMO. *Comune.* — Direttore del Laboratorio med.-microgr.; L. 17.000 e 2 quadrienni, oltre L. 5500 supplem. serv. att.; scad. 10 nov.

PAVIA. *R. Prefettura.* — Ufficiale Sanitario, Medico Capo del Comune. Per titoli ed esami. Stipendio iniziale L. 13.000 al lordo delle trattenute di legge, nonchè della riduzione del 12 % di cui al R. D. L. 20-11-1930, N. 1491. Cinque aumenti quinquennali del decimo, dei quali i primi tre ciascuno al compiere dei primi tre trienni e gli ultimi due ognuno al compiere dei due quadrienni successivi. Indennità annua di L. 3000 quale assegno funzioni Ufficiale Sanitario, nonchè un supplemento di servizio attivo di lorde L. 2600 annue, oltre i diritti sanitari a norma di legge. Tali assegni non sono computabili per la pensione e sono soggetti alla riduzione del 12 %. Domanda e documenti, l'elenco dei quali e gli altri chiarimenti possono essere richiesti all'Ufficio Protocollo del Municipio di Pavia, debbono pervenire al predetto Ufficio non più tardi delle ore 17 del 30 novembre 1931.

POTENZA. *Ospedale Civile Provinciale di S. Carlo.* — Scad. 7 ott.; due medici di guardia; lire 7200 ridotte del 12 %; vitto e alloggio. Età lim. 35 a. Rivolgersi segreteria dell'Ente.

REGGIO CALABRIA. *Congregazione di Carità.* — Due posti, per titoli: primario chirurgia generale e ginecologia con incarico direzione Ospe-

dali Riuniti. Stipendio annuo lordo L. 14.000 e L. 4000 per detto incarico, con alloggio; primario medicina generale con incarico servizio analisi. Stip. annuo lordo L. 12.000 e L. 4000 per detto incarico.

Due aumenti quinquennali. Compartecipazione 70 %. Scadenza 10 ottobre 1931. Rivolgersi Congregazione di Carità.

Rotella (*Ascoli Pic.*). — Scad. 29 ott.; L. 8000 ridotte 12 %, quinquenni dec., indenn. laurea L. 500; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

San Damiano al Colle (*Pavia*). — Scadenza ore 12 del 30 settembre. Stipendio annue L. 9680 con 5 aum. quadr. del decimo, e L. 264 per servizio Uffic. Sanitario, l'uno e l'altro al lordo delle ritenute. Più un compenso annuo di L. 264 per servizio ambulatorio e indenn. caro-viveri.

Sclafani (*Palermo*). — Scad. 28 ott.; L. 15.000 oltre L. 1500 se uff. san.; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

Settimo Tavagnasco (*Aosta*). — Scad. 30 sett.: L. 10.000 e 10 trienni ventesimo; addizionale poveri L. 500, per uff. san. L. 800, c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

Vigone (*Torino*). — Una delle condotte mediche, secondo il Capitolato visibile presso la Segreteria Comunale. Scad. 31 ott.

Concorsi a premi

Premio Sandro Italico Mussolini.

Presso la R. Università di Bologna è stato istituito un premio annuale di L. 1000 da assegnare a quel laureando di medicina e chirurgia che presenti il miglior lavoro sul tema « Leucemia ». Il premio è stato intitolato a Italico Sandro Mussolini.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Sono trasferiti i proff.: Gennaro Di Macco, di patologia generale, da Cagliari a Catania; Achille Roncato dalla cattedra di chimica fisiologica a quella di chimica biologica in Padova.

La Commissione, nominata dal Consiglio nazionale delle ricerche per l'esame dei lavori concorrenti ai premi « Lepetit », composta di S. E. il prof. Antonio Dionisi, presidente e dei proff. Nicola Pende e Gaetano Quagliarello, ha chiuso i suoi lavori.

Essa doveva assegnare cinque premi, di L. 1500 ciascuno, messi a disposizione del Consiglio delle ricerche dalla casa Lepetit di Milano, ai migliori saggi sperimentali di giovani laureati in medicina e chirurgia, pubblicati nel 1930-31.

Fra ventiquattro concorrenti che presentarono numerosi lavori i premi sono stati così assegnati: dott. Cantoni Oscar dell'Istituto di fisiologia della R. Università di Milano, dott. Lo Cascio Gerolamo dell'Istituto di materia medica e farmacologia della R. Università di Palermo, dott. Ferrari Rodolfo dell'Istituto di fisiologia della R. Università di Pavia, dott. Cattaneo Luigi dell'Istituto di patologia medica della R. Università di Pavia, dott. Migliavacca Angelo dell'Istituto di ostetricia e ginecologia della R. Università di Pavia.

Il concorso sarà rinnovato anche per il prossimo anno.

NOTIZIE DIVERSE.

All'Ospedale Mauriziano al Torino.

Con austera e solenne cerimonia, presenti i Sovrani, il Principe e la Principessa di Piemonte ed il Duca degli Abruzzi, sono stati inaugurati il 31 agosto a Torino i nuovi padiglioni dell'Ospedale Mauriziano, intitolati a S. A. R. Tommaso di Savoia Duca di Genova, a S. A. R. la Principessa Maria di Piemonte e al sen. prof. Carle, che al grande Istituto ospedaliero ebbe a prodigare le inesauribili risorse dell'intelletto e del cuore.

Il primo segretario del Re per l'Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro, sen. Paolo Boselli, non ostante la tarda età volle riservato a sè l'onore di illustrare il significato della cerimonia e dire l'opera di bene svolta dal gran magistero dei SS. Maurizio e Lazzaro che, secondo lo statuto dell'Ordine, promulgato nel 1574 dal Duca Emanuele Filiberto di Savoia, deve anzitutto prodigare ai bisognosi la più affettuosa ospitalità.

I Sovrani e i Principi hanno pure presenziato al rito della inaugurazione del nuovo Istituto Vittorio Emanuele III per gl'infermi di mente costruito dall'Amministrazione provinciale di Torino e da quella di Aosta in territorio di Grugliasco. Il discorso inaugurale venne tenuto dal preside della Provincia di Torino gr. uff. Anselmi, il quale ha rilevato come, con quest'opera dedicata al Sovrano, si sia voluto testimoniare il profondo attaccamento alla Dinastia.

Al Consiglio Nazionale delle ricerche.

Il Direttorio del Consiglio nazionale delle ricerche ha tenuto, sotto la presidenza del sen. Guglielmo Marconi, la sua riunione periodica.

Il Direttorio ha affidato ai proff. De Blasi, Giordani e Parravano l'incarico di rappresentare il Consiglio delle ricerche al Congresso della Società italiana per il progresso delle scienze indetto a Milano.

Il Direttorio ha approvato poi che al IV Congresso contro la tubercolosi, che avrà luogo in Bologna nel prossimo ottobre, intervenga col suo presidente prof. De Blasi, la Giunta esecutiva del Comitato per la medicina al completo, in rappresentanza del Consiglio delle ricerche. Il senatore Marconi sarà personalmente rappresentato al Congresso dal prof. De Blasi.

Nell'Opera Nazionale pro maternità e infanzia.

Dal bollettino del luglio scorso dell'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia risulta che i soci dell'Opera stessa sono saliti al 31 luglio scorso a 10.266.

1° Congresso internazionale di stomatologia.

Il 2 corr. fu solennemente inaugurato a Budapest, il primo Congresso internazionale di stomatologia al quale parteciparono 600 professori di università straniere, medici stomatologici e scienziati di 22 Nazioni dell'Europa, dell'America e dell'Asia. Durante la cerimonia inaugurale il prof. Maoral dell'Università di Rostock ha annunciato la nomina dell'on. prof. Amedeo Perna, dell'Università di Roma, a dottore *honoris causa* nella Facoltà medica di Rostock. In occasione del Congresso è stata inaugurata un'Esposizione scientifica stomatologica.

Del Congresso daremo ulteriori notizie.

5° Congresso spagnolo di pediatria.

È indetto a Granata dal 19 al 23 ottobre, sotto la presidenza del prof. Suñer Ordoñez; sarà diviso in 3 Sezioni: 1) Igiene e puericultura; 2) Medicina infantile; 3) Chirurgia infantile. Presidente e segretario generale del Comitato ordinatore è il prof. Duarte Salcedo, direttore della Clinica pediatrica dell'Università, Granada.

Corso di perfezionamento in medicina tropicale.

Si svolgerà presso l'Istituto di medicina tropicale di Parigi dal 5 ottobre al 21 dicembre; comprenderà insegnamenti teorici e pratici; vi sono ammessi medici francesi e stranieri. Alla fine del corso, in esito ad esame, verrà rilasciato un diploma di medico coloniale dall'Università di Parigi.

L'insegnamento è organizzato nella Facoltà medica e così ripartito: patologia (Dopter, Marchoux, L. Martin, Tanon); parassitologia (Brumpt); batteriologia (Lemierre); oftalmologia (M. Terrien); igiene ed epidemiologia (Camus, Marchoux, Neveu, Lemaire, Pozerski, Tanon, Teissier); dermatologia (Gongerot); chirurgia (Lenormant); amministrazione sanitaria (Tanon).

Tassa d'iscrizione: 60 franchi; tassa di biblioteca: 40 franchi; tasse di laboratorio: 750 franchi; gli esami sono gratuiti.

Rivolgersi a: Secrétariat de la Faculté de Médecine, rue de l'École de Médecine, Paris, Francia.

Scuola di perfezionamento in Medicina Coloniale a Modena.

È in corso il provvedimento per l'istituzione della Scuola di Patologia coloniale, nella R. Università di Modena, con un corso per laureati in Medicina e Chirurgia e Zooiatria per ottenere il diploma di specialista in Medicina coloniale. Tale scuola funzionerà col nuovo Anno accademico 1931-1932, presso l'Istituto di Patologia coloniale diretto dal prof. Giuseppe Franchini, già instituito nel decorso anno. Il programma comprende l'insegnamento di Patologia delle malattie coloniali, di Igiene coloniale, di Protozoologia, elmintologia, entomologia, batteriologia, sierologia. Alle lezioni teoriche si alternano esercizi pratici e dimostrativi, essendo l'Istituto fornito di abbondante materiale scientifico e di laboratorio. L'Istituto resterà aperto tutto l'anno. Le tasse ammontano in totale a L. 2100, metà pagabili all'atto dell'inscrizione.

Per informazioni e programmi scrivere alla Direzione dell'Istituto che ha sede in via Camatta, Modena.

Corso di terapia dermatologica.

Avrà luogo a Parigi, nell'Ospedale Saint-Louis, sotto la direzione del prof. Sézary, dal 18 al 30 gennaio 1932. Iscrizioni presso la Facoltà medica; tassa fr. 400. Per informazioni rivolgersi al: professeur agrégé Sézary, Hôpital Saint-Louis, rue Bichat 40, Paris.

Misure profilattiche nei porti del Regno per le provenienze da Barcellona.

In seguito alla comparsa di manifestazioni di peste bubbonica in Barcellona (Spagna) ed in conformità delle prescrizioni della Convenzione Sanitaria Internazionale firmata a Parigi il 21 giugno 1926, le provenienze dal porto di Barcellona, con Ordinanza di Sanità Marittima sono sottoposte alle misure profilattiche contro la peste prescritte dalla Ordinanza di Sanità Marittima del 12 gennaio 1930.

Dentisti e dottori nel Sud Africa.

Si discute a Cape Town se sia lecito ai dentisti di chiamarsi « dottori », titolo ch'essi per legge non posseggono. I dentisti dicono che è ormai consuetudine della clientela usare tale titolo e che il privarsene li metterebbe in condizione di inferiorità rispetto al dentista americano il quale ha il titolo legale di dottore in chirurgia dentaria (D. D. S.).

La questione non è nuova e mezza Europa l'ha già risolta o aspira a risolverla legalmente. I dentisti, che giudicano l'arte loro estranea alla medicina e meritevole di un insegnamento e di un esercizio autonomo, aspirano ovunque a possedere il titolo di « dottore in odontoiatria » o di « dottore in medicina dentaria ». La Germania e la Svizzera hanno già adottato tali titoli; in altre nazioni la questione è sul tappeto.

L'Inghilterra, invece, pur essendo autonomista, rimane fedele al suo titolo di « licenziato in chirurgia dentaria » (L. D. S.). La questione è sorta nella sua colonia sud-africana probabilmente in seguito alla concorrenza che i dentisti americani fanno a quelli muniti di diploma inglese.

Infrazione di segreto professionale.

Al principio del 1921 una signora di Saint-Etienne (Francia), accusando stanchezza visiva, aveva consultato un medico del posto, il quale diagnosticò una irite e volle che la paziente tornasse accompagnata dal marito, al quale egli confidò che la cliente era affetta da sifilide. In esito a questo responso decisivo, il marito ottenne il divorzio.

Venne eseguita e ripetuta a più riprese la cura specifica; intanto, fra alterne vicende, l'occhio sinistro andava del tutto perduto e il destro era fortemente minacciato. La cliente si decise a consultare un oculista di Lione, il quale trovò che la diagnosi era erronea e che non esisteva sifilide. Egli prescrisse una cura alla quale fece seguito il pieno ricupero dell'occhio residuato.

La signora ha intentato causa contro il primo medico, per due titoli: infrazione del segreto professionale e imperizia; ha chiesto mezzo milione di franchi d'indennizzo. Il Tribunale ha riconosciuto legittimo il primo addebito fatto al medico, ma si è dichiarato incompetente in merito al secondo ed ha nominato una Commissione peritale, composta di Lapersonne, presidente dell'Accademia di Medicina di Parigi, Morax, che è uno dei più reputati oculisti, e Cathala, degli Ospedali di Parigi.

Vasto contrabbando di cocaina.

La Polizia di Milano ha accertato un vasto traffico di cocaina; sono stati arrestati anche un medico e un farmacista.

Il visconte Kingsford.

È morto il visconte Kingsford, che da 30 anni dirigeva amministrativamente il London Hospital ed era riuscito a far convergere, verso di questo, somme ingenti di beneficenza, mercè una attività varia di propaganda. Animatore pieno di slancio, non gli difettavano mai le risorse. Era considerato come il maggiore esponente della beneficenza ospedaliera a Londra.

Corrigenda. — Nel fasc. scorso, p. 1323, 2° capov., leggere: *Krankenhausbau.*

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Bull. Ac. de Méd., 19 mag. — SCHRUMPF.PIERRON. La rarità del cancro in Egitto.

Presse Méd., 27 mag. — G. MOURIQUAND. Antifissatori del calcio.

Proc. R. Soc. Med., mag. — Discussioni su: epatoterapia; sintomatologia dei tumori cerebrali.

Hospital Argentino, 30 mar. — J. A. DOMINGUES. La « Banisteria caapi », Spruce. — L. O'SHAUGHNESSY. Eziologia dell'ulcera peptica.

Annaes Paulistas de Med. e Cir., dic. — Numero giubilare di R. Meira.

Practitioner, giu. — Numero di ginecologia e ostetricia.

Bull. Méd., 30 mag. — Numero sui reumatismi.

Clin. Ostetr., apr. — B. ROSSI. L'anestesia nella chirurgia moderna. — CASTIGLIONI. Cosidetta condromatosi articolare.

Arch. It. di Chir., 1. — I. BARCAROLI. Perinefriti croniche dolorose primitive. — *Id.*, 2. F. PUTZU. Cisti d'echinococco. — O. CANTELMO. Melanoblastomi.

Med. Klinik, 29 mag. — FRIEBOES. Vaccinoterapia della gonorrea.

Deut. Med. Woch., 29 mag. — NONNENBRUCH. Tbc. miliare cronica benigna. — KAEZANDER e RUDIN. Congestione polmonare.

Chir. d. Org. di Movim., mag. — V. PUTTI e R. ZANOLI. Artrotomia per la riduz. della lussaz. congenita dell'anca.

Revue Sud-Amer. de Méd. et de Chir., mag. — R. PICON. Infezione da « Hemogregarina hominis ». — R. F. VACCAREGRA. Nevralgia del trigemino d'origine serica.

Journ. Med. Ass. S. A., 9 mag. — F. FOMAN. Pericardio calcificato.

Presse Méd., 3 giu. — A. SCHWARTZ. Bismuto lipo-solubile nella sifilide.

Morgagni, 31 mag. — E. BANAUDI. Pneumotorace « insaziabile ». — A. TARSITANO. Iperinsulismo.

Cl. Med. It., mag. — A. ORSI e G. BRACETTA. Ergotamina e tono del simpatico.

Revue de Chir., apr. — P.-E. WEIL e R. MASSART. Artropatie degli emofiliaci.

Münch. Med. Woch., 5 giu. — FOERSTER. Piretoterapia della gonorrea. — SCHADOW. Malaria congenita da malaria d'inoculaz.

Brit. Med. Journ., 6 giu. — DAWSON OF PENN. L'ittero emolitico. — D. LEVI. Piccola chirurgia dell'infanzia.

Mediz. Welt., 6 giu. — F. PANSE. Malattie del sist. nerv. dopo infortuni elettrici.

Journ. de Méd. de Lyon, 5 giu. — L. BOUCHUT. Trattam. della gangrena polmon. con l'emetina.

Paris Méd., 6 giu. — Numero sulle malattie infettive.

Journ. Méd. Franç., apr. — Numero sull'anestesia.

Arch. It di Urol., mag. — M. TRINCAS, G. COSTA. Distopie renali.

Riv. di Patol. nerv. e ment., mar.-apr. — P. RADAELLI. Ependimopatie e loro patogenesi. — G. B. BELLONI. Malarioterapia nelle forme schizofreniche.

Spitalul, giu. — DRACCANO. Nefrite traumatica.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., mag. — A. W. ROWE. Criteri funzionali di gravidanza fisiologica. — I. F. STEIN. Diagnosi roentgenolog. in ostetricia. — E. C. HAMBLEN e al. Amilal sodico nel travaglio.

Med. Klinik, 5 giu. — K. STOLTE e al. Dieta libera nel diabete.

Indice alfabetico per materie.

V. ASCOLI †, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII Roma, 21 Settembre 1931 - IX Num. 38

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

POLICLINICO UMBERTO I IN ROMA - IV PADIGLIONE diretto dal prof. GALLI.

L'isterismo in rapporto ad alcuni fenomeni organici.

(A proposito di un caso di enterorragia isterica)

per il dott. MARIO TRIPODI, aiuto.

Da quando Babinski sottomise alla sua critica la dottrina dell'isterismo tal quale l'aveva tracciata Charcot, una gran parte dei fenomeni classificati un tempo nel quadro della grande nevrosi caddero man mano, contemporaneamente al progresso della semeiotica, sotto il dominio di altre malattie.

Così che l'isterismo, sfrondato di gran parte del corteo dei suoi fenomeni fisici, ai quali si era attribuito una base fisiologica, restò per lungo tempo — secondo la definizione di Babinski — una malattia puramente psichica, caratterizzata da uno speciale stato patologico capace di essere riprodotto dalla suggestione e di scomparire sotto l'influenza della persuasione.

Con l'apparizione dell'encefalite epidemica l'isterismo doveva però ritornare all'onore della ribalta per il fatto, rilevato da molti, che alcuni fenomeni del periodo cronico dell'encefalite epidemica rassomigliavano, per il loro aspetto e per la loro maniera di insorgere, a fenomeni un tempo considerati come isterici.

Le associazioni davvero sorprendenti di fenomeni puramente nevropatici a turbe fisiologiche, nel quadro di una malattia a base innegabilmente anatomica, indussero a pensare che una più stretta parentela — mai prima supposta — potesse legare tra loro turbe funzionali e stati organici.

La concezione classica che poneva da una parte le turbe pitiatiche e dall'altra le turbe piramidali, già divenuta insufficiente per la constatazione di fenomeni di natura extrapiramidale, non trovò infatti migliore applicazione nei casi di movimenti coreo-atetosici guaribili con la suggestione, di contratture e di ipercinesie le più diverse aventi da un lato caratteri di organicità e dall'altro caratteri che li facevano rassomigliare alle manifestazioni pitiatiche.

Così che l'isterismo, come le turbe organi-

che che un tempo ad esso si ritenevano legate (coree, parkinson, spasmo di torsione, torcillo mentale, distonie lenticolari, ecc.) cominciò ad esser riguardato sotto un nuovo aspetto, tanto che qualche autore oggi si domanda se l'isterismo non sia pure una malattia di origine extrapiramidale.

Il supporre una relazione tra isterismo e stati organici è certo legittimo, come legittimo è il pensare che la differenziazione tra pitiatismo e crisi isteriche sia ancora da tracciarsi sotto nuovi criteri. Ma da ciò ad affermare che l'isterismo è malattia di origine organica il salto è molto grande.

Ancora fino ad oggi nessun caso è stato descritto di malattia a base organica sicura che si sia manifestata con soli fenomeni pitiatici, o che fenomeni pitiatici puri siano stati riscontrati legati ad una lesione organica. Sicchè la definizione di Babinski conserva, in pratica, il suo innegabile valore ed aiuta a discriminare quello che è turba funzionale da quello che è invece sintomo di lesione organica.

Tuttavia non sempre la suggestione, comunque attuata, può sciogliere il quesito se alcuni fenomeni, cui ci si trova di fronte, siano funzionali o riferibili a lesioni organiche.

La suggestione in certi casi è solo parzialmente o niente affatto efficace, eppure, a base del disturbo non si trova, quando sia possibile sincerarsene con un atto operativo, alcuna lesione che dia ragione della sua esistenza.

Le emorragie viscerali sono quelle che più di ogni altro fenomeno organico, lasciano talvolta aperto e insolvibile il quesito della loro possibile origine.

Gilles de la Tourrette, nel suo trattato dell'isterismo, descrive, documentando, numerosi casi di emorragie viscerali, riportandosi, per la loro patogenesi, al capitolo delle emorragie cutanee, nel quale egli dice:

« Le considerazioni precedenti..... ci conducono a pensare che a lato dei grandi processi, come le diatesi di contrattura, le amiostenie, le stimmato sensitivo-sensoriali, ecc., già descritte, esistono nell'isterismo o almeno in certi isterici, un'altra stimmate, che noi proponiamo di chiamare la diatesi vaso-motrice, alla quale fanno capo una quantità di turbe trofiche che hanno tra loro una parentela innegabile ».

Da queste righe appare chiaro come l'autore volesse, con la parola diatesi, significare un particolare disquilibrio del sistema vaso-motorio, che si realizzasse per il tramite del sistema nervoso e che da un minimo di disturbi come il dermografismo, le chiazze di eritema, gli edemi, le cianosi, ecc., conducesse fino alle rotture vasali ed alle emorragie consecutive.

Alla luce dei moderni fatti, la concezione di Gilles de la Tourrette non appare priva di un certo fondamento.

Tinel, Baruck e Lamache, di recente, in un loro ammalato, classificabile per molte ragioni come isterico, e che soffriva di crisi di catalessia con contrattura tonica degli arti intensa e prolungata, somigliante all'attitudine della rigidità descerebrata, osservarono, durante le crisi, dei fenomeni di ordine fisiologico, come il rallentamento della respirazione, la dilatazione pupillare, il rallentamento del polso, una esagerazione del riflesso oculo-cardiaco ed un spasmo retinico, con scomparsa quasi completa dei vasi. Inoltre le crisi cedevano assai poco alla suggestione, mentre cedevano alla pressione dei globi oculari e costantemente all'inalazione di nitrito di amile o all'iniezione endovenosa di adrenalina. Al contrario l'iniezione di pilocarpina, la prova dell'iperpnea, l'emozione, facevano esplodere le crisi.

Queste stesse turbe fisiologiche, osservate d'altra parte nel corso delle manifestazioni organiche di tipo nevropatico dell'encefalite epidemica, hanno indotto gli A. a pensare che il fattore psicologico non potesse da solo essere alla base delle turbe nevropatiche, ma che queste dovevano anche porsi in rapporto a fattori fisiologici capaci di creare, per il tramite di turbe vasomotorie e di fenomeni angiospastici, una modificazione del dinamismo nervoso analogo a quello che è suscettibile di creare la presenza di lesioni organiche.

La diatesi vaso-motoria di Gilles de la Tourrette si riaffaccia, in fondo, sotto altra forma, nelle deduzioni degli A. citati.

Una identica labilità vasomotoria è nel concetto delle due differenti osservazioni, labilità vasomotoria che può manifestarsi come fenomeno isolato su di uno sfondo nevropatico, o accompagnarsi a crisi di natura pitiatica.

La suggestione o la persuasione mettendo in azione l'emotività del soggetto, possono da sole creare o inibire le turbe psicologiche come i fenomeni fisiologici che li accompagnano.

Gli studi recenti sull'innervazione vasale,

ammettendo che le fibre nervose regolino anche, oltre il calibro, la permeabilità dei capillari rendono ancora più spiegabile l'esistenza di emorragie, mediante l'esclusivo intervento di un fattore nervoso.

Non altro meccanismo noi potremmo indicare nel caso di una nostra inferma la cui storia, non comune, merita di esser riportata.

U. Cesira, di anni 23, da Roma, dattilografa.

Chiede nell'ottobre dello scorso anno ricovero nell'Ospedale S. Giovanni per avere emesso con la tosse sputi sanguigni. Racconta l'inferma che il padre morì a 42 anni per tubercolosi polmonare, e che la madre morì in giovane età per malattia di cuore.

A 8 anni ammalò la prima volta di un ascesso al braccio destro, non accompagnato da febbre e che operato fistolizzò e che venne a guarigione solo dopo una cura protratta (tre anni) di bagni di mare e di sole. A 18 anni ammalò di tifo e a 20 anni di tubercolosi polmonare, manifestatasi improvvisamente con emottisi. Ricoverata nell'Ospedale di S. Giovanni e poi nel Sanatorio Umberto I, le fu praticato un pneumotorace, che venne interrotto dopo sette mesi di cura ambulatoria.

Nel giugno dell'anno successivo ammalò di una affezione dolorosa e febbrile della coscia S., che fistolizzò dopo l'atto operativo e che la tenne degente in Ospedale (Policlinico) per circa sei mesi. Nel dicembre 1929 fu colta da dolori alla regione appendicolare e durante la sua degenza in Ospedale (Ospedale S. Saverio in Palermo) ebbe un'abbondante enterorragia che si ripetè in occasione di un raschiamento uterino, subito in questi ultimi tempi per un aborto al IV mese.

L'ammalata dice ora di aver tosse, come la prima volta che si ammalò dei polmoni e di sentirsi febbricitante e molto debole a causa della recente emottisi.

Ha infatti piccole elevazioni termiche vespertine e in Ospedale ha nuova emottisi di sangue rutilante non aerato.

Esame obiettivo. — È una donna dall'aspetto piuttosto misero, dal viso pallido ed emaciato con grandi occhi neri e vivaci. Parla con sveltezza e descrive con ricchezza di particolari, ma contraddicendosi spesso, la sua storia. Il respiro è normale e il polso batte con frequenza leggermente aumentata.

All'altezza del III sup. della coscia S. sulla sua faccia antero-esterna, esiste una larga cicatrice irregolare, leggermente infossata, ma scorrevole sui piani muscolari sottostanti; un'altra piccola cicatrice presenta al braccio destro e al quadrante inf. D. dell'addome, presso all'ombelico.

L'apparato linfoghiandolare e osteo-articolare è normale.

I due emitoraci risuonano e respirano dall'alto al basso tutt'affatto normalmente, e in nessuna parte si ascoltano dei rumori avventizi.

Il cuore è nei limiti, la punta batte al V spazio intercostale sull'emiclaveare e i toni sono netti.

La tensione arteriosa è di 140 × 80 al Vaquez-Laubry.

L'addome è soffice, tranne che in corrispondenza del quadrante inferiore destro, ove la palpazione fa sentire una leggera resistenza, e fa apprezzare il colon ascendente come ripieno di gas. La pressione profonda suscita quivi leggero dolore.

Il fegato non è aumentato di volume. La milza non è ipertrofica.

Le urine sono chiare, di quantità normale, e non contengono albumina.

L'esame neurologico è completamente negativo, se si accetta la mancanza del riflesso faringeo.

I riflessi tendinei sono vivaci, come nei soggetti a carattere emotivo. I riflessi cutanei sono normali. Nessun segno piramidale nè cerebellare. Le pupille, uguali, reagiscono bene. Non esiste nistagmo, nè tremori delle dita e degli arti.

L'esame radioscopico e radiologico dei polmoni è negativo per lesioni recenti e pregresse.

L'inferma dopo pochi giorni che è all'Ospedale non tosse nè espettora più. Comincia invece a richiamar l'attenzione sull'addome, lamentandosi di dolori alla regione appendicolare; esiste quivi leggera difesa e dolore alla pressione. Dopo qualche giorno emette feci solide con discreta quantità di sangue rosso, liquido. L'emissione di sangue, che è preceduta da leggero tenesmo, si ripete nei giorni successivi, ma sempre in piccola quantità, rosso, puro o commisto a poche scibale. Ha anche una ematemesi di sangue rosso, commisto a cibo non digerito.

Ogni terapia riesce vana e l'ammalata rapidamente si anemizza.

Dopo circa 15 giorni che perdura questo stato, l'inferma improvvisamente domanda di uscire di Ospedale.

Rientra però dopo pochi giorni nell'Ospedale Policlinico. Le enterorragie si susseguono oramai senza interruzione, ogni giorno e più volte in un giorno. L'ammalata è molto anemica. Il polso è piccolo e batte a 120-130. Oltre i comuni rimedi si pratica una fleboclisi. Alle enterorragie si aggiungono, in seguito, ematemesi di sangue rutilante.

Si dubita di una fistola gastro-colica, per ulcera gastrica, ma la mancanza di difesa alla reg. epigastrica, di dolore circoscritto, e sopratutto la negatività dell'esame radiologico, indirizzano piuttosto verso l'ipotesi di una forma funzionale.

Sorprende anche come ad una vera inondazione di emostatici le enterorragie più che diminuire divengono più abbondanti e numerose, e come il polso si mantenga abbastanza valido in confronto del sangue perduto.

Una radiografia della coscia destra non mette in rilievo, contrariamente ad ogni presunzione, nessuna lesione ossea sottostante alla larga cicatrice cutanea.

La rettosigmoidoscopia è negativa. Nel sangue e nelle feci non si riscontrano bacilli di K.

Si attua allora una terapia per suggestione.

Le enterorragie diminuiscono, ma poi riprendono con eguale frequenza. Si attua, a scopo suggestivo, un pneumoperitoneo. Le enterorragie si arrestano questa volta per diversi giorni, ma poi nuovamente ricompaiono e non risentono più l'effetto di una nuova introduzione di gas nel peritoneo.

Si inizia una cura neosalvarsanica, per il sospetto di un fattore luetico, per quanto la Wassermann sia risultata negativa, ma le enterorragie, dopo alcuni giorni di interruzione, riappaiono e si ripetono con lo stesso ritmo di prima.

Si propone allora un atto operativo. L'inferma vi si oppone e dopo circa un mese di degenza in

Ospedale, esce in uno stato di profonda debolezza e di anemia.

Dopo 20 giorni circa ritorna in Ospedale, in condizioni migliorate, e domanda ella stessa di essere sottoposta ad un atto operativo.

L'operazione, eseguita nella Clinica Chirurgica, non rivela lesione alcuna del tratto digerente. Si rinvengono solo alcune aderenze, che vengono sezionate, tra la faccia inferiore del fegato, la cistifellea e il duodeno. Il decorso post-operativo non è seguito da enterorragie. La ferita suppura e nel pus si rinvengono piccoli pezzi di garza, introdotti furtivamente dall'inferma nella breccia operatoria. L'ammalata esce infine dalla Clinica perfettamente guarita.

Come possiamo spiegare l'origine di queste enterorragie?

Diciamo anzitutto che l'inferma non era emofiliaca e che la sua coagulabilità sanguigna si dimostrò perfettamente normale.

Scartiamo, senza discuterle, le possibilità di malattie del retto o dell'intestino, dimostrate inesistenti sia dalle indagini semeiotiche e di laboratorio come dal reperto operatorio.

Attenendoci alla definizione di Babinski, dovremmo anche escludere che si tratti di isterismo. La rappresentazione obiettiva del sintomo non va, nell'isterismo, al di là della patologia funzionale. Una lesione esterna, per esempio una piaga o la fistolizzazione di un ascesso, non può essere realizzata da un isterico, sotto pena di degenerare in simulazione o in patomimia.

Nella nostra ammalata la cicatrice della coscia destra, senza lesione ossea sottostante, risultava bene l'espressione di un atteggiamento patomimico. Così forse le emottisi che, superficialmente interpretate, condussero all'attuazione di un pneumotorace terapeutico. In ambiente Ospedaliero, la simulazione cosciente o incosciente potè di certo avere facile giuoco, rendendo possibile all'inferma di sostituire la propria sputacchiera con quella di altri ammalati, contenente sputi ricchi di bacilli di K. Di ciò non ci facciamo meraviglia. Istruiti però da questi precedenti, noi facemmo attenzione che le enterorragie non fossero il portato di simulazione volgare o di patomimia.

Anzitutto con ripetuti esami microscopici ci accertammo che il liquido emesso dall'ano fosse realmente costituito da sangue. Nessuna lesione fu d'altra parte mai riscontrata sui contorni dell'ano, nè sul retto o sul sigma (retrosigmoidoscopia) che potesse essere attuata mediante strumenti introdotti dall'esterno. Nè la vulva, la vagina e il collo dell'utero presentarono mai segni di lesioni.

Invece la palpazione delle pareti addominali riusciva dolorosa e sul quadrante inferiore destro esisteva una difesa che, benchè lieve, poteva essere facilmente simulata.

Tuttavia, per quanto il dubbio della simulazione poteva essere scartato, il fondo mentale del soggetto rassomiglia a quello descritto dal Dupré sotto il nome di mitomania. La inferma infatti, a seconda dei giorni, dava versioni differenti della sua vita e delle sue malattie, dicendo talvolta di essere ballerina e di condurre vita libera, tal'altra asserendo di far vita di famiglia e di aver parenti altolocati. La sua malattia non la scoraggiava nè l'umiliava; l'offendeva solo il sospetto che i suoi racconti non fossero ritenuti per veri.

Dall'insieme di tutti questi fatti, in parte reali in parte simulati, una spiegazione univoca riesce impossibile trarre.

La nostra inferma era senza dubbio una isterica, e le sue infermità precedenti erano in gran parte effetto di patomimia. Per spiegare le enterorragie di cui fummo testimoni è però necessario ammettere un particolare disquilibrio vasomotorio, legato a turbe funzionali del sistema nervoso.

Per quanto l'esistenza di vie simpatiche nell'encefalo non sia dimostrata, Sonques tuttavia l'ammette per spiegare i dolori di cui frequentemente si lamentano i malati affetti da Parkinson post-encefalitico. Tretriakoff ammette inoltre l'esistenza di un centro simpatico nel locus niger, ed i lavori di questi ultimi anni sulla fisiologia dei nuclei striati tendono a dimostrare come questi centri, oltre l'azione regolatrice sul tono muscolare, abbiano anche le funzioni di centri regolatori cerebrali del simpatico, presiedendo all'armonia delle funzioni vegetative.

D'altro canto, dal raffronto che può esser fatto tra le manifestazioni organiche a tipo nevropatico dell'encefalite letargica e le turbe fisiologiche constatate nel corso delle crisi isteriche (un esempio è nella malata di Tinel, precedentemente ricordata), si deve ammettere, secondo un'ipotesi già emessa da Camus, che ai nuclei della base sia pure devoluta una azione psicorelatrice.

Limitandosi per ora alla sola enunciazione di questi presupposti fisiologici e clinici, ricordiamo per intanto, il caso di un'altra nostra ammalata, di 45 anni, che andava soggetta a vomiti incoercibili, tanto da esser ridotta in fin di vita, e che fu guarita con la suggestione.

Poco tempo dopo della guarigione, le sue gambe si gonfiarono fino all'altezza del gi-

nocchio. Era una tumefazione avente i caratteri dell'edema molle dei nefritici, senza alterazioni trofiche della cute, indolora, perfettamente simmetrica, nettamente delimitata in alto e in basso (all'altezza dei malleoli) da una linea circolare.

L'edema che, con i caratteri descritti, persistette per un mese all'incirca, scomparve un giorno improvvisamente, poi nuovamente ricomparve, ripetendo nei tre mesi della nostra osservazione parecchie volte questo giuoco. Perdemmo poi di vista l'inferma, ma tutto lascia supporre che l'affezione abbia evoluto verso un trofoedema cronico.

La sua apparsa in un soggetto palesemente isterico, sottolinea la natura puramente nervosa dell'edema, e la possibilità della creazione di turbe circoscritte del ricambio idrico mediante l'intervento di soli fattori nervosi a punto di partenza psicogeno.

È a domandarsi ora se l'isterismo possa da solo realizzare, attraverso il giuoco di turbe vasomotorie, un edema circoscritto e possa anche, mediante l'esagerazione dello stesso meccanismo, cioè della dilatazione attiva e dell'aumentata permeabilità dei capillari, dar luogo alla comparsa di emorragie. Stando alle concezioni moderne, secondo le quali il termine di isterismo non deve applicarsi che a quegli stati dipendenti unicamente da perturbazione psichiche e guaribili con la suggestione, si deve rispondere in senso negativo. Nella concezione moderna dell'isterismo le sole turbe viscerali sulla legittimità delle quali si discute ancora, sono i vomiti e le coliche. Tutti gli altri fenomeni (turbe vasomotorie e trofiche, edemi, ecc.), sono oggi classificati, a parte i casi di simulazione, tra le nevrosi del simpatico.

Ma l'aver cambiato nome non porta maggior luce all'oscurità di certi fatti, ed ancor oggi si rimane fortemente imbarazzati a classificare stati simili a quelli da noi descritti, dove a precedenti manifestazioni pititiache, si succedono fenomeni di tipo psico-nevrotico, nei quali la parte fisica è per intiero sostenuta dal simpatico.

Una prova dell'imbarazzo che si ha nel definire queste sindromi, lo si trova nella divergenza di opinioni che, a proposito delle turbe cosidette fisiopatiche, ha diviso, in due opposti campi, i neurologi durante la guerra.

Per alcuni (Bahinski e Froment) le turbe fisiologiche non sarebbero di origine isterica, per altri (M. Roussy, Boisseau, Oelsnitz, ecc.) esse dimostrerebbero invece l'esattezza della concezione antica dell'isterismo, secondo la quale questa nevrosi potrebbe determinare direttamente delle turbe vasomotorie e trofiche.

Sta di fatto che nelle turbe fisiopatiche è quasi sempre in giuoco un'irritazione periferica, di origine traumatica, che non è apparente nei casi da noi descritti. Secondo la constatazione di molti Autori (Logre, Bouttier, M. Monier-Vinard, ecc.) sembra che il fattore periferico possa da solo, senza il necessario intervento di una reazione isterica, creare, per un meccanismo riflesso di origine centrale, delle manifestazioni organiche che, per quanto minime, sono sempre svelabili con una indagine semeiotica accurata (oscillometria, elettrologia).

Queste manifestazioni organiche, di origine riflessa, trovano nel terreno isterico il campo adatto per maturare ed esplodere con una obiettività impressionante. La peculiare tendenza dell'isterico alla rappresentazione obiettiva del sintoma, esagera il sintoma già esistente, drammatizzandone le forme. Ma per quello che è la parte organica del sintoma (atrofie, turbe vasomotorie), è evidente che la sola obiettivazione funzionale non possa esagerarne la portata e che, accanto alla perturbazione psichica, debba nell'isterismo andare necessariamente congiunta una speciale alterazione del sistema nervoso, di natura tale che l'equilibrio vegetativo possa, per uno stimolo periferico, venire facilmente e fortemente turbato.

Per quello che abbiamo detto della fisiologia del corpo striato e dei fenomeni a tipo nevropatico dell'encefalite letargica, questa ipotesi appare verosimile e come, la più logica. Se si ammette infatti che nell'isterismo esista una alterazione dinamica dei centri mesocefalici, o per lo meno una liberazione di questi centri dell'azione regolatrice della corteccia e, dall'altra parte, che in questi centri siano pure contenute vie simpatiche, si comprende come ad uno stimolo periferico possa seguire una reazione particolarmente forte che si svolga ora nel campo del sistema nervoso organico, ora in quello vegetativo.

La ipotesi suddetta potrebbe parimenti servire alla interpretazione dei casi da noi descritti, se in essi potessimo scoprire una qualche lesione che avesse agito da stimolo periferico.

Invero, se si approfondisce l'indagine, si vede che nella nostra ammalata, alle enterorragie di cui fummo testimoni, precedettero dolori prevalentemente localizzati alla regione appendicolare. L'atto operativo, mentre dimostrò l'integrità assoluta delle anse intestinali, mise in rilievo alcune briglie che tenevano aderente

la cistifellea al duodeno e alle prime anse diguinali. Ciò che prova come un processo infiammatorio, forse a punto di partenza appendicolare, dovette essersi svolto lentamente nella cavità addominale.

Così per la seconda ammalata da noi citata, ricordiamo che agli edemi degli arti inferiori aveva preceduto, durante il periodo dei vomiti, un piccolo trauma alle ginocchia, conseguenza di preghiere troppo prolungate e che, nel dramma gastrico che allora dominava, passò quasi inavvertito.

Troviamo dunque in entrambe le ammalate una lesione periferica, viscerale nell'una articolare nell'altra, che può aver agito come stimolo suscitatore e localizzatore del riflesso.

Il riflesso però, come per le turbe fisiopatiche, potè assumere forma e caratteri speciali solo in forza dell'esistenza di una alterazione dinamica di quei centri nervosi che sono fra l'altro probabilmente preposti all'equilibrio delle funzioni vegetative e che quasi costantemente concorrono, con la loro alterazione, a costituire alcune sindromi isteriche.

Non c'è dubbio che la suggestione abbia nell'isterismo il valore indiscutibile di una prova. Ma essa non è sufficiente, a nostro modo di vedere, a far dell'isterismo una malattia a sede esclusivamente psicogena.

Abbiamo visto, in un nostro precedente lavoro, come la suggestione agisse nel determinare e nell'arrestare alcuni fenomeni motori e sensitivi dell'encefalite letargica (crisi di elevazione coniugata dello sguardo e turbe sensitive) indubbiamente legati ad una alterazione dei nuclei della base.

Il sottrarsi d'altra parte di alcuni fenomeni legati all'isterismo dall'azione netta della suggestione non può in maniera assoluta autorizzarci a considerare questi fenomeni come del tutto estranei alla sindrome isterica.

Gli è che la suggestione, come arma terapeutica, agisce e può agire solo in quanto, come nella nostra ammalata, il substrato organico della sindrome viene ad essere modificato da un'adatta terapia. Allora soltanto i centri psicogeni, sottostando all'azione della suggestione, ritornano in grado di riprendere il dominio sui centri sottocorticali e di opporsi allo istituirsi di nuovi riflessi patologici.

Concludendo, noi crediamo che al termine di isterismo debba legarsi un concetto più estensivo di quel che non comporti la rigida definizione di Babinski; la quale, se in pratica conserva tutto il suo valore, non dà ragione di alcuni fenomeni a sintomatologia mista, in parte organica in parte pititiaca.

Dare a queste sindromi miste una spiegazione patogenetica è ora prematuro, data l'incertezza che regna sulla fisiopatologia dei nuclei della base.

È certo però che la coerente unità di queste sindromi rendono poco naturale l'ipotesi di fortuite coincidenze, mentre avvalorano il concetto dell'interdipendenza funzionale tra stati nevrotici e stati organici puri.

RIASSUNTO.

L'A., a proposito di un caso di enterorragia, non altrimenti qualificabile che isterica, passa in rassegna le più recenti vedute sull'isterismo e trae spunto per discutere la complessa questione dell'interdipendenza tra fenomeni psichici e fenomeni organici puri. Egli conclude dicendo che al termine d'isterismo, almeno da un punto di vista teorico, debba intendersi legato un concetto più estensivo di quel che non comporti la definizione di Babinski, e che alcuni fenomeni isterici non possono essere altrimenti spiegati che con l'ipotesi di una interdipendenza funzionale tra stati nevrotici e stati organici puri.

BIBLIOGRAFIA.

G. BALLET et DE FURSAC. *Les psychoses commotionelles (choc émotif)*. Paris Médic., 1916.

W. M. BAYLISS. *The vaso-motor system*. I Vol. London, 1923.

BING. *Hypercinésies organiques et psychogènes*. Arch. Suisses de Neurol. et de Psych., t. XVIII, fasc. 2, p. 163.

G. DIEULAFOY. *Exulceratio simplex*. Clinique Méd. de l'Hôtel-Dieu, 2ª serie, 1897-98.

GILLES DE LA TOURRETTE G. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie après l'enseignement de la Salpêtrière etc*. Paris, 1891-1895.

HUCHARD. *Troubles vaso-moteurs et secrétoires de l'hystérie*. Gaz. hebd. de Paris, 1882.

JORDANESCO. *Conceptions nouvelles sur l'hystérie*. Thèse, Boucarest, 1927.

LANCEREAUX. *Hémorrhagies névropathiques des voies digestives*. Bull. de l'Acad. de Méd., dec. 1900.

MATHIEU et J.-C. ROUX. *Les hématémèses névropatiques dites hystériques* in pathol. gastro-intest., par J. C. ROUX, F. MOUTIER et P. CAILLE. Paris, Doin, 1, 1923.

ROSENTHAL. *Ueber vaso-motorische Innervationsstornugen bei Hysterie*. Allg. Wien. Mes. Zeitsch., 1870.

L. SOUDÉE. *Troubles fonctionnels du pneumogastrique chez les hystériques*. Thèse, Paris, 1875.

M. TRIPODI. *I fenomeni psico-motori e psico-sensitivi nel parkinson post-encefalitico*. Policlinico, Sez. Medica, fasc. 6, giugno 1931.

TROUBERT. *Contribution à l'étude de l'hystérie et de la mytomanie*. A. Legrand, Paris, 1929.

TECNICA CHIRURGICA

OSPEDALE DI S. SPIRITO IN SASSIA - ROMA
Primario: Prof. EGIDI.

L'incisione addominale nell'appendicectomia

per il dott. GIUSEPPE SCOLLO,
Chirurgo aiuto degli Ospedali Riuniti di Roma.

Molto si è discusso sulla via di accesso alla appendice e varie sono state le incisioni preconizzate dagli autori.

Per raggiungere un organo addominale, in linea generale deve ritenersi migliore quella incisione che più direttamente conduce all'organo stesso, ne permette una esplorazione agevole e completa, e consente infine di essere suturata con garanzia di solidità cicatriziale.

A seconda che è prevalso il criterio di avere la più comoda visione dell'organo malato, o invece la possibilità della migliore ricostituzione della parete, l'incisione per la appendicectomia ha variato di sede, di direzione e grandezza.

Non starò a riesumare tutte le incisioni proposte. Dirò solo che il chirurgo moderno, ormai allenato alle operazioni addominali, deve tenere, nella scelta della incisione, più conto che non si facesse nel passato del giusto criterio anatomico e della possibilità di una cicatrice solida ed estetica.

Le incisioni comunemente usate per l'asportazione dell'appendice (salvo casi particolari, come ascessi e appendici a sedi anomale) sono due: l'incisione di Mac Burney e quella che va con i nomi di Jalaguier, Senn, Lenander. Vi ha chi adopera sistematicamente l'una, e chi l'altra delle due incisioni; e chi, infine eccleticamente riserva la prima per le appendicectomie « a freddo », e la seconda per le appendicectomie « a caldo ».

Dopo aver praticato nelle mie operazioni di appendiciti entrambe le incisioni, ho finito con l'adottarne una che chiamò « Trasversa transrettale » e che qui passo a descrivere.

Essa si uniforma al concetto generale dello Sprengel di eseguire nelle varie incisioni laparatomiche tagli trasversi che tengono conto della direzione dei nervi e delle aponeurosi della parete addominale. Non so se altri abbia reso nota, o faccia l'incisione così come io la pratico. Questa nota non ha la pretesa di legare un nome alla incisione, ma quella di dimostrarne l'utilità pratica e il giusto criterio anatomico.

TECNICA DELLA INCISIONE.

1) Incisione cutanea: Essa s'inizia poco su del punto di unione tra il III° medio con il III° esterno della linea ombelico-spina I. A. S. La direzione della incisione cutanea è obliqua, leggermente arcuata, verso il basso e l'interno. Ritengo tale incisione cutanea più anatomica ed estetica che non quelle longitudinali, o perfettamente trasverse, come alcuni praticano, in quanto essa tiene conto delle linee fessurali della cute addominale che, secondo la raffigurazione di Langer, convergono dall'alto in basso e verso la linea mediana. Nella donna, dove l'estetica ha una certa importanza che il chirurgo moderno non deve disprezzare, l'incisione può così in certo modo rimanere nascosta in una piega cutanea che il ventre talvolta fa nella sua parte inferiore; o essere in parte dis-

FIG. 1.

simulata da una delle strie gravidiche, la cui direzione concorda con quella delle fessure cutanee.

In quanto alla lunghezza della incisione, noi siamo dalla parte di chi usa incisioni brevissime. (Il più delle volte non più di tre punti cutanei sono dati a chiudere il taglio della cute).

È bensì vero che non si deve far dipendere la vita di una persona da un centimetro o più di sezione cutanea, ma è altrettanto vero questo: che spesso a lunghe incisioni cutanee, si fanno corrispondere relativamente piccole incisioni della aponeurosi e del peritoneo, che sono poi quelle che dànno la vera luce nell'addome.

La piccola incisione, in ogni modo, è esposta meno ad infettarsi e a complicarsi di successivo laparocele, previene meglio il prolasso dei visceri, richiede meno tempo nella sutura, e guarisce con minor fastidio per il paziente, procurando maggior soddisfazione al chirurgo. Noi, con tali piccole incisioni, abbiamo potuto far alzare e far uscire dall'ospedale dei malati già fin dal quinto giorno dell'operazione. Si potrebbe forse giungere, operando in anestesia locale, a praticare in determinati casi anche operazioni ambulatorie.

2) Sezionata la cute e il sotto-cutaneo, appare l'aponeurosi del grande obliquo, che incidiamo secondo la direzione dei suoi fasci, la quale presso a poco decorre nel senso della incisione cutanea. Con divaricatori a nastro, divarichiamo l'incisione aponeurotica in modo da scoprire lateralmente il punto in cui la superficie muscolare del piccolo obliquo trapassa nell'aponeurosi che va a costituire la guaina ant. del retto, e medialmente il punto di fusione con detta guaina dell'aponeurosi del grande obliquo. Sporge così nel mezzo della ferita, bene evidente, il muscolo retto con la sua guaina anteriore.

Fig. 2. — La linea punteggiata indica la sezione trasversa dell'aponeurosi del m. retto.

3) Sezione trasversa della guaina anteriore del retto sino al margine esterno di essa, scontinuando così il punto di fusione delle aponeurosi del piccolo obliquo e del trasverso. Si carica con un divaricatore a nastro il muscolo retto e si sposta all'interno; con altro divaricatore si carica l'estremo esterno della incisione trasversa, e appare l'ultimo piano di sezione della parete che, a seconda se si cade sopra o sotto lo spazio compreso dalla linea semicircolare del Douglas, è costituito dalla guaina posteriore del retto, o dalla semplice fascia trasversale. Inciso il peritoneo lungo il suo maggiore asse, se i labbri della incisione vengono totalmente caricati dai divaricatori e sollevati, si rimarrà sorpresi della sufficiente luce che la piccola incisione può dare. Abitualmente è il ceco a comparire, e talvolta l'appendice che, allora, si può asportare senza quasi eviscerazione dello stesso ceco. Se anse meteoriche nascondono il grosso intestino, è utilissimo far dare una posizione inclinata al letto verso sinistra e il ceco allora si renderà visibile. Il resto della operazione si compie come di norma.

Fig. 3. — La linea tratteggiata indica la sezione del peritoneo.

La ricostituzione della parete si ha nella maniera più ideale.

L'incisione peritoneale viene del tutto coperta dal muscolo retto che riprende il suo posto. L'incisione trasversa della guaina anteriore del retto rimane anch'essa del tutto coperta dal labbro mediale della incisione aponeurotica del grande obliquo.

Quasi mai vi è bisogno di praticare legature, non avvengono sfibramenti di muscoli, nessun nervo parietale viene assolutamente leso.

La sezione dei vari piani della parete è così attuata secondo la loro rigorosa direzione anatomica, sicchè la guarigione della ferita è minimamente disturbata dal gioco muscolare che i moti del corpo (respiro, tosse, starnuto ecc.) possono indurre. Dippiù non essendovi parallelismo alcuno fra i vari piani di sutura, la solidità della ricostituzione è tale che si può impunemente fare alzare il paziente il giorno dopo l'operazione.

Ma si potrà obbiettare che con un simile taglio parietale si potranno solo asportare appendici « a freddo », libere, a ceco mobile, e che potrebbe esserci imbarazzo nel caso che si dovesse drenare la ferita. In quanto al primo appunto, io posso dire di aver tolto con simile taglio appendici della peggiore specie. Tutto sta nel far bene divaricare la ferita. Ma, acrobazie e virtuosismi a parte, nei casi veramente difficili e ad operatore non sufficientemente allenato, da tale tipico taglio anatomico quale io ho descritto e praticato indistintamente in tutte le mie ultime sessantaquattro operazioni di appendiciti, si può, a seconda del bisogno, farsi spazio verso l'esterno con il divaricamento dei fasci muscolari del piccolo obliquo e del trasverso, o verso l'alto o in basso, sezionando longitudinalmente l'aponeurosi del retto. In quanto al drenaggio, limitato come noi facciamo il più delle volte ad un unico tubo di gomma imbottito, esso è agevolmente posto all'estremo esterno dell'incisione trasversa; e una volta tolto, il suo posto è occupato dal muscolo retto integro, sicchè mai abbiamo notato il più piccolo laparocele anche nei casi drenati.

Dirò poi che, nelle operazioni su pazienti grassi e con diastasi dei muscoli retti (donne in ispecie), l'incisione che proponiamo diventa di necessità, se si vuol praticare il taglio tipico di Mac-Burney; in quanto si cade, anche spostandosi molto verso l'esterno, più sul muscolo retto che non sui muscoli larghi dell'addome.

Nel caso che la diagnosi di appendicite risultasse erronea, la condotta del chirurgo è variabile a seconda la tendenza e la capacità di ognuno. Se ci si decidesse a rinchiudere senza altro la breccia, per praticarne un'altra in sede opportuna, non si avrebbe per lo meno il rimorso, col taglio che pratichiamo, di avere indebolito inutilmente la parete addominale. Se invece ci si volesse servire dello stesso taglio per finire un intervento sugli annessi, noi crediamo che ciò può farsi più agevolmente e con minor guasto della parete, che non con gli altri tagli comunemente usati per la appendicectomia. Basterà prolungare l'incisione verso il basso e l'interno, previa legatura dei vasi epigastrici. Noi siamo riusciti ad asportare annessi di destra e cisti ovariche rotte e torte sul peduncolo, lasciando, anche dopo drenaggio, perfetta integrità della parete. Non così consigliamo di fare per eventuali lesioni del fegato e del duodeno. Il prolungamento della incisione verso l'alto è molto più lesivo per i nervi e per le aponeurosi che non quello che si può praticare verso il basso. È preferibile, se anche in tali casi ci si vuol servire di una sola incisione, adottare allora il taglio di Solieri.

RIASSUNTO.

L'A. descrive una incisione anatomica, che chiama trasversa transrettale, per l'operazione della appendicite. Egli l'ha praticata in 64 casi di appendicectomia, e ne dimostra l'utilità pratica sia dal lato anatomico, come da quello estetico.

L'incisione anteriore extraperitoneale nel rene a ferro di cavallo.

Dott. Sertorio Marinacci,
libero docente di patologia chirurgica,
di clinica chirurgica e medicina operatoria.

Il rene a ferro di cavallo risulta quasi costantemente dalla fusione degli estremi inferiori dei due reni: il punto di riunione trovasi al dinanzi della colonna vertebrale in modo che l'intero organo forma una semiluna a concavità rivolta in alto: il volume delle due parti può essere uguale o una può esser sensibilmente più piccola: l'istmo è costituito di sostanza corticale e midollare insieme: a volte è formato solamente di tessuto fibroso: incrocia la colonna vertebrale passando al dinanzi della cava, dell'aorta a un'altezza che varia dalla 2ª alla 4ª lombare: l'ilo guarda al dinanzi e all'interno; le masse laterali sono in rapporto con lo psoas, la parte inferiore del diaframma, il quadrato dei lombi. I rapporti col duodeno sono vari: se lo spazio interrenale è breve il duodeno ricopre il rene destro

nella sua porzione discendente, e il rene sinistro nella sua porzione ascendente: se i due reni sono allontanati, l'anello duodenale è iscritto nella concavità della sinfisi renale, e il colon circonda per lo più la massa renale: il mesentere taglia obliquamente con la sua inserzione la metà destra dell'istmo e passa direttamente sul rene destro: le arterie mesenteriche superiore ed inferiore passano sempre al disopra dell'istmo. L'arteria renale può esser unica, doppia, tripla sino ad esser in numero di dieci come in due casi di Haller: nascono il più delle volte dall'aorta, dall'iliaca, più raramente dall'ipogastrica, sacrale media, mesenterica. Le vene sono meno numerose ed hanno meno anomalie delle arterie: variabile è anche il numero dei bacinetti, per solito due, e il numero degli ureteri.

Fra le altre varietà di rene a ferro di cavallo, ricorderò il rene a concavità inferiore, il rene sigmoide (ognuno si trova da un lato, uno al disotto dell'altro, uniti da un istmo che unisce il polo inferiore di un rene col polo superiore dell'altro: il « rein en galette » (Kuchenniere): massa mediana unica, al davanti della colonna vertebrale e del sacro.

È una malformazione piuttosto rara che in genere passa inosservata. Il Rowsing descrisse una sindrone da rene a ferro di cavallo, che non è certo costante: tumefazione trasversale dura elastica fissa 2 o 3 centimetri sopra l'ombellico; dolori che si accentuano sopratutto all'iperdistensione della colonna vertebrale, dolori dovuti, secondo l'Autore, alla compressione del tratto intermedio sui nervi periaortici sottostanti: il rene per solito è più mediano, più basso, più fisso. La pielografia può dar dati sicuri: brevità anormale degli ureteri, più vicini alla colonna vertebrale, deformità della pelvi che è più bassa, più vicina alla colonna vertebrale, girata anteriormente in modo da ricoprire l'ombra dei calici.

Il rene a ferro di cavallo può andar soggetto a tutte le affezioni dei reni normali: la calcolosi, l'idronefrosi, la pionefrosi sono particolarmente frequenti, in rapporto probabilmente a malformazione dell'uretere o a compressione che possono esercitare dei vasi anormali.

Quale è la via da seguire in caso di rene a ferro di cavallo? Credo si debba anzitutto distinguere i casi in cui fu prima fatta la diagnosi della malformazione renale, e i casi nei quali essa è un reperto della lombotomia: in questi casi si è usata l'incisione lombare perchè non si è fatta prima la diagnosi: si riconosce che il polo inferiore sorpassa la linea mediana per ricongiungersi a quello del lato opposto; allora la diagnosi è chiara onde si deve prolungare l'incisione lombare in basso e in dentro sino al bordo del grande retto dell'addome per aver luce sufficiente (grande incisione lombare).

Ma nei casi nei quali si sia fatta prima la diagnosi, è da seguire anche l'incisione lombare?

Generalmente si ammette che anche in questi casi non si debba abbandonare la solita via lombare. Però se si riflette alla topografia abituale del rene a ferro di cavallo, alle sue connessioni con la colonna vertebrale, al diverso orientamento dell'ilo, alle anomalie vasali, alla sua fissità specialmente in rapporto a fatti flogistici, alla sua sede mediana più che laterale nei casi a istmo breve, all'impossibilità dell'estrinsecazione e le difficoltà di dominare l'emorragia per via lombare, ne viene di conseguenza l'opportunità anzi la necessità di seguire una via diversa che non la solita lombare.

Il Papin con la sua grande autorità è di questa opinione; egli ha seguito in simili casi l'incisione trasversale del Pean fatta all'altezza dell'ombellico che è stata di sua completa soddisfazione.

Molti hanno anche seguito la via transperitoneale, preconizzata dal Rowsing. Il Rowsing procede così: respinge in alto la massa intestinale, incide il peritoneo posteriore in fuori dell'angolo destro del colon, e del duodeno per andare a isolare l'istmo renale. Si richiude poi il peritoneo posteriore: questa via naturalmente è da scartare nelle complicazioni settiche.

Io ho avuto occasione di osservare e di operare un caso di rene a ferro di cavallo pionefrotico con incisione anteriore e straperitoneale: fui consigliato a seguire questa via dall'estrinsecazione anteriore, e dall'esser già stata seguita senza risultato da un altro chirurgo la solita via lombare. Ricorderò tre incisioni anteriori estraperitoneali, proposte due dal D'Antona e una dal Bazy.

Il D'Antona fin dal 1885 propose il suo metodo addomino-extraperitoneale che poi venne seguito dal v. Bergmann onde in Germania il metodo va, a torto, sotto il nome di questo autore.

Il D'Antona propose ed eseguì due incisioni, una diretta che parte dall'ottava cartilagine costale e si porta in basso in direzione della metà dell'arcata crurale; l'altra curva, con concavità anteriore ed interna, parallella in alto al bordo costale, in basso alla cresta iliaca: s'incidono i muscoli larghi dell'addome, si scolla ampiamente il peritoneo e si ottiene un campo vasto per dominare il peduncolo ed

eseguire qualsiasi grave e complicata operazione sui reni. Queste incisioni che il D'Antona chiamò addomino-extraperitoneali, l'autore adoperava per i tumori renali voluminosi.

Il Bazy sin dal 1914 adopera l'incisione trasversale anteriore extraperitoneale: scopo essenziale è di dare un accesso diretto al peduncolo renale ed ai grossi vasi della regione e di permettere in questa « zona di difficoltà » manovre eseguibili costantemente sotto il controllo della vista: essendo extraperitoneale si può utilizzare per le operazioni settiche.

L'incisione parte dall'estremità della undecima costola e si porta in avanti; si apre la guaina del retto, il che permette spostare il muscolo senza reciderlo: s'incidono i muscoli larghi dell'addome, si respinge il sacco peritoneale e il suo contenuto all'innanzi sino alla linea mediana, si apre la loggia renale esponendo bene il rene, il suo peduncolo, i grossi vasi. L'incisione è poco mutilante.

Ho avuto occasione di usare in due casi le incisioni anteriori del D'Antona. In un caso, operato qualche anno fà, (si trattava di un grosso tumore renale in una donna, che si estrinsecava verso l'addome tanto da far nascere qualche dubbio sulla diagnosi): eseguii l'incisione anteriore verticale: mi rispose bene: potei con molta esattezza, sotto il controllo della vista, liberare l'enorme tumore ricoverto di grosse vene dello spessore di un dito, la cui lacerazione, con manovre brusche e cieche avrebbe dato emorragia inquietante: la malata guarì bene.

Recentemente ho usato l'incisione anteriore curva in un rene a ferro di cavallo pio-nefrotico. Riporto brevemente la storia clinica.

C. Luigi, di anni 24; entra nell'Ospedale Civile di Avezzano il 15-11-30.

Nulla nel gentilizio e nell'anamnesi remota personale. L'affezione attuale ebbe inizio nel 1924 con dolori intensi addominali, accompagnati da vomito e da disturbi della minzione: minzione frequente dolorosa, bruciore al meato: tali crisi dolorose avevano breve durata; divennero in seguito più intense e più frequenti onde il malato fu costretto a ricoverarsi in un Ospedale di Roma ove rimase degente vari mesi: quivi fu accertato trattarsi di calcolosi in rene a ferro di cavallo: venne praticata una lombotomia destra, di cui residua la cicatrice, senza però alcun risultato. Le crisi dolorose sono continuate anche più intense, spesso seguite da ematuria e da piuria, con elevazione di temperatura.

All'esame obbiettivo le condizioni generali appaiono alquanto deperite; notevole stato anemico: nulla a carico dell'apparato respiratorio e circolatorio.

All'esame dell'addome si nota in corrispondenza della regione ombellicale una tumefazione che si estende per un paio di dita dal lato destro: la tumefazione ha la grandezza di un'arancia, a superficie ineguale dolentissima alla palpazione, immobile sotto la mano che palpa, con i movimenti respiratori, con i cambiamenti di posizione, nettamente fluttuante: il suono è ridotto in corrispondenza di essa: la radiografia dimostra un'ombra estesa dalla II alla IV lombare obliqua dall'alto al basso dall'esterno all'interno che viene in contatto con la colonna vertebrale in corrispondenza della III e IV lombare, per di più si vede un'ombra ristretta corrispondente all'istmo, che passa al dinanzi della III lombare.

L'estrinsecazione anteriore, quasi mediana della tumefazione, la sua immobilità, l'esser stata già seguita, senza risultato, la via lombare, mi suggerirono di scegliere la via anteriore extraperitoneale, e fra le incisioni proposte, volli eseguire la curva del D'Antona; tale incisione mi avrebbe data una vasta via di accesso, e mi avrebbe permesso, sotto il controllo visivo, uno scollamento lento e laborioso del peritoneo, che dato i fatti flogistici doveva esser certamente, come lo era, aderente alla tumefazione renale. Aumentato, piegando il tavolo, l'insellatura lombare, incisi i muscoli larghi, il trasverso, aprii la guaina del retto, onde spostare il muscolo senza inciderlo, scollai piano piano, con le dita e poi con tamponi montati il peritoneo aderente alla tumefazione renale sino a metter bene in evidenza ed isolare la sacca renale saldata alla colonna vertebrale: avendo aperto la guaina del retto mi fu possibile con grossi divaricatori un ampio spostamento del peritoneo e del suo contenuto: aperto ampiamente la sacca purulenta si dette esito a notevole raccolta e a calcoli.

Si zaffò la cavità renale e parzialmente la ferita; per il resto si ricostituì a punti staccati la parete: il decorso post-operatorio fu normale.

Da quanto ho esposto credo si possa venire alla seguente conclusione: in caso di rene a ferro di cavallo che si sia potuto diagnosticare prima dell'intervento, non si deve senz'altro accettare la regola di seguire la via lombare, come del resto molti consigliano. Per le ragioni già esposte riguardante la topografia del rene a ferro di cavallo, le sue connessioni colla colonna vertebrale, il diverso rientramento dell'ilo, le anomalie vasali, ecc., ritengo che l'incisione anteriore extraperitoneale sia la più adatta: essa dando una visione più ampia, un orientamento più sicuro, faciliterà le difficoltà che s'incontrano, poichè ogni manovra sarà sotto il controllo diretto della vista.

Le incisioni più raccomandabili sono: l'incisione del Pean, seguita dal Papin, le incisioni del D'Antona, specialmente la curva, l'incisione del Bazy, tutte extraperitoneali e quindi utilizzabili anche in caso di complicanze settiche.

RIASSUNTO.

L'A. dopo aver brevemente accennato alle varietà del rene a ferro di cavallo e alla sua patologia, espone le ragioni che consigliano l'incisione anteriore extraperitoneale, quando s'interviene per tale entità morbosa.

BIBLIOGRAFIA.

BERGMANN-BRUNN. *Chirurgia pratica*. Società Editrice Libraria.

BIANCHINI. *Le anomalie congenite del rene e degli ureteri*. Arch. Ital. di Urol., vol. II, f. II, 1925.

COLTON J. Ac. e WC. W. SCOTT, *Horseschoe Kidney with especial Reference to the Importance of preoparative Diagnosis*. Journ. of Urol., vol. 16, n. 5.

EDWARD S., IUDD. WILLIAM. *Le rein enfer à cheval*. The Journal of the Amer. Med. Assoc., t. LXXIX; in Journal d'Urologie, 1923.

GASPER. *Handbuch der Cystoskopie*. Verlag. von Georg., Thieme, Leipzig.

GIORDANO. *Chirurgia delle regioni*.

ISRAEL J. *Chirurgie der Niere und des Harnleiters*. Thieme, Leipzig.

LUSENA. *La Società Ital. di Chirurg. nei suoi primi trenta congressi*. Società Tipogr. Manuzio, Roma.

MARION. *Traité d'Urologie*. Masson e C.ie, éditeurs, Paris.

MINGAZZINI E. *Calcolosi in rene a ferro di cavallo*. Policl., Sez. Prat., n. 13, 1928.

PAPIN. *Chirurgie du rein*. G. Doin e C.ie, éditeurs, Paris.

PAUCHET. *La pratique chirurg, illustrée*, fasc. IX.

PISANI. *Contributo alla patologia, diagnosi e terapia del rene a ferro di cavallo*. Arch. ital. di Urologia, vol. II, f. IV, 1926.

WILLIAM-QUINBY. *La voie transpéritonéale vers le rein*. The Journal of Urologie, 1921; in Journal d'Urologie, 1922, t. XIV.

SUNTI E RASSEGNE.

SANGUE.

Agranulocitosi (neutropenia maligna).

(W. DAMESHEK. *The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, aprile 1931).

Oggi si dà il nome di agranulocitosi alla malattia definita nel 1922 da Schultz col nome di angina agranulocita, caratterizzata da forte mal di gola con leucopenia. Il cambiamento del nome si deve al fatto che esistono forme senza mal di gola. Altri nomi si dànno alla stessa malattia: neutropenia maligna, sepsi agranulocitica, mucosite necrotica agranulocitica, angina necrotica, leucopenia maligna con sepsi. Già prima dello Schultz, Frank aveva descritto un caso chiamandolo panmielotisi.

L'A. ritiene che il nome che merita di essere generalizzato è quello di neutropenia maligna. Egli descrive dettagliatamente nove casi.

La malattia è più frequente nell'età adulta, ma si può osservare anche nei bambini (anche al disotto di due anni); è pure più frequente nelle donne.

In 8 casi su nove precedeva la malattia un periodo più o meno lungo di senso di debolezza (per mesi o per anni). L'inizio è stato rappresentato da febbre con brivido e mal di gola con frequente interessamento ghiandolare. In 4 casi ci fu ittero, in uno c'era come complicanza il diabete con acidosi, in uno ci furono sintomi meningei, uno era in un luetico.

La durata della malattia ha oscillato fra 3 giorni e tre mesi. Due volte sole l'A. potè fare l'autopsia.

Caratteristica della malattia è la leucopenia. All'inizio il numero dei leucociti può essere normale e diminuisce poi rapidamente e progressivamente. In un caso Dameshek trovò dei leucociti immaturi, il cui aumento verso la fine della malattia è chiamato crisi mielocitica. Essa è dovuta alla comparsa in circolo dei pochi granulociti immaturi che ancora sono rimasti dopo la lesione del tessuto leucopoietico del midollo. I linfociti e i monociti possono essere di numero normale e la leucopenia è dovuta unicamente alla diminuzione dei granulociti. A volte c'è anche riduzione dei linfociti.

I globuli rossi sono diminuiti, l'indice di colorazione è basso.

Le piastrine sono normali o aumentate di numero e questo è un elemento di diagnosi differenziale dell'anemia aplastica da benzolo o da altre cause.

Sei volte fu fatta l'emocoltura; in 4 fu sterile. In un caso fu coltivato uno streptococco anaerobio, ma il sangue prelevato il giorno seguente non provocò alterazioni sulla ca-

via e sul coniglio, mentre dopo 9 giorni morì un topo in cui era stata inoculata la cultura dello streptococco. In un caso fu coltivato il pneumococco, ma oltre l'agranulocitosi c'era una polmonite pneumococcica.

In alcuni casi ci furono alterazioni tossinfettive del rene.

La biopsia del midollo osseo è importante. In un caso l'A. non trovò alterazioni patologiche. In un altro caso c'erano molte cellule eritroblastiche ma mancavano completamente mielociti e polimorfonucleati e ci sono solo mieloblasti; questo è il segreto caratteristico trovato da altri autori.

La diagnosi deve farsi escludendo tutte le malattie che possono dare leucopenia.

Nel 90% dei casi la malattia è mortale. La guarigione è dovuta, secondo alcuni, alla terapia: Roentgenterapia con applicazioni sulle ossa, o trasfusioni, o drenaggio degli ascessi che si possono essere formati.

Per la patogenesi si ammette un'azione tossica o settica sulle cellule mieloidi; nessun germe specifico è stato trovato.

R. Lusena.

Sull'azione dello stomaco nell'anemia perniciosa.

(Gutzeit e Herrmann. *Münch. Med. Woch.*, n. 7, 1931).

Gli AA. ricordano i brillanti risultati che l'uso degli estratti di stomaco ha ottenuto nella cura della malattia di Biermer.

È stato Castle che ha dato il primo impulso a questo nuovo indirizzo terapeutico osservando che dalla carne del muscolo posta in contatto con il succo gastrico si libera una sostanza che non si trova nè nel muscolo solo. nè nel solo succo gastrico, e che è attivissima nella cura dell'anemia perniciosa.

Gli AA. hanno ripetuto sotto un attento controllo le ricerche di Castle, ed hanno ottenuto sempre dei buoni risultati (crisi di reticolociti in III^a^ e IV^a^ giornata, e aumento dei gl. rossi e dell'emoglobina).

Facendo agire sul muscolo, invece del succo gastrico, una specialità commerciale « l'azidolpepsin » il risultato è stato ugualmente buono, mentre questa stessa specialità, data isolatamente o mescolata ad altri cibi, è stata del tutto inefficace.

Ancor oggi è del tutto ignoto qual sia la parte del secreto gastrico a cui si deve attribuire l'azione in parola: certo non si tratta del labfermento, che manca completamente nell'attivissimo « Ventramon ».

Ultimamente gli AA. hanno osservato che anche preparati della mucosa gastrica nelle regioni del piloro e del fondo, contenenti lo strato glandolare e piccole strie della muscolaris mucosae, ma senza elementi dello strato fondamentale muscolare della parte gastrica, erano ugualmente attivi, sopratutto quelli della regione del fondo.

Bisogna dunque pensare che è appunto la mucosa dello stomaco, con l'aggiunta del sottile strato di musc. mucosae che contiene le sostanze attive.

Non è probabile che esse siano identiche con quelle del fegato; i metodi di estrazione non sono gli stessi. Verosimilmente le sostanze attive sono due, una nella carne muscolare, e una nel succo gastrico: entrambe sono presenti nella mucosa dello stomaco.

Un'ultima esperienza, praticata con la somministrazione di estratto secco, polverizzato, di parete dell'intestino tenue, ha fallito completamente.

V. Serra.

L'uso endovenoso dell'estratto di fegato.

(W. B. Castle e F. H. Lasckey-Taylor. *The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 11 aprile 1931).

Nei tentativi di isolare il principio attivo che agisce nella cura dell'anemia perniciosa, Cohn, Minot e i loro collaboratori isolarono un estratto attivo, la frazione G, ma solo dopo che furono preparate dal Cohn delle frazioni che non dànno reazioni proteiche l'estratto di fegato fu potuto usare per via endovenosa.

Gli AA. prepararono dei derivati della frazione B che sebbene non davano reazioni proteiche pure provocavano abbassamento della pressione arteriosa tanto negli animali da esperimento che nell'uomo. Ma nell'uomo l'ipotensione era di brevissima durata: 1-2'.

L'iniezione dà rossore della faccia, dove il paziente avverte senso di calore. Un asmatico ebbe dopo l'iniezione aumento della dispnea (come avviene per l'istamina).

In un caso ci fu brivido seguito da febbre.

Una sola iniezione endovenosa di estratto epatico derivante da 100 gr. di fegato provoca una reazione vivace: al 5° giorno si ha il massimo della reazione coll'aumento dei reticulociti (25,4-27,8 %) e in dieci giorni si ha aumento di un milione di globuli rossi. Questo risultato è notevole se si ricorda che 100 gr. di fegato per bocca non agiscono.

Gli AA. dicono che la priorità di quest'osservazione spetta a Gäusslen di Tubinga, il quale adoperò estratto per iniezioni endomuscolari; essi però lavorarono indipendentemente dal Gäusslen. L'attività dell'estratto per via endovenosa è maggiore che per via orale probabilmente per le condizioni funzionali dell'apparato digerente che è alterato nell'anemia perniciosa.

R. Lusena.

PERITONEO.

Sulla peritonite da pneumococco.

(WOLFSOHN. *Zent. f. Chir.* n. 46, 1930).

Nel 1925 aveva già riferito su 7 casi osservati in 3 anni ed ora aggiunge altri 7 casi che ha avuti negli altri 5 anni, così che ha una casistica complessiva di 14 malati. Tale numero indica che la peritonite da diplococco non è molto rara tanto che Obadalek crede che su 30 casi di appendicite acuta si trovi un caso di tale peritonite.

Il punto più importante è quello che riguarda il trattamento per cui i chirurgi sono divisi in due parti, alcuni vogliono operare subito, gli altri vogliono attendere che si sia formato nell'addome un grosso ascesso pneumococcico.

È certo che i risultati dell'apertura di un ascesso sono migliori di quelli ottenuti con l'operazione nello stadio di peritonite acuta. Ma la difficoltà maggiore consiste nel fare la diagnosi ed i risultati cattivi per l'operazione nello stadio acuto sono dovuti alla possibilità di uno scambio con l'appendicite perforata.

Nei casi dell'A. si osserva che i primi 7 non furono diagnosticati essendo stati scambiati 5 con una infiammazione dell'appendice e 2 con ascesso da peritonite tubercolare.

Negli altri 7 casi in 4 fu fatta la diagnosi (in due di certezza in 2 di probabilità) e nei rimanenti 3 casi fu diagnosticata un'infiammazione del cieco, un ascesso del Douglas post aborto, una perforazione nella cavità peritoneale o nel tessuto perirenale essendosi trovata una raccolta perinefritica che poi l'autopsia chiarì trattarsi di una peritonite diplococcica.

La sintomatologia più importante è quella che si riferisce allo stadio acuto della malattia. L'inizio intanto è simile a quello dell'appendicite.

L'anamnesi recente fa rilevare un periodo prodromico di 2-3 giorni con catarro delle vie respiratorie, o sintomi dispeptici.

Non si ha mai pulmonite nello stadio precedente alla p. d.; nella maggior parte la malattia viene rapidamente senza altre localizzazioni.

La malattia colpisce la età fino ai 14 anni e nella maggior parte bambine.

L'inizio è molto grave: i malati sono apatici, non oppongono resistenza e non accusano che un modico dolore.

La temperatura è alta e quasi sempre raggiunge i 39-40° mentre nell'appendicite la regola è di 37,5-38,5.

Un sintoma frequente è l'erpes labialis, che può accoppiarsi a dispnea e cianosi.

Il polso è nello stadio acuto straordinariamente frequente piccolo e fuggente, mentre nell'infiammazione acuta del cieco è poco alterato.

Mentre nell'appendicite si ha una contrattura del retto ed il dolore caratteristico, nella p. d. si trova un rigonfiamento di tutto l'addome con forte meteorismo e dolorabilità diffusa in diversi punti con una leggera resistenza dei muscoli che sopportano bene la pressione profonda.

La diarrea caratteristica della p. d. può apparire all'inizio o al 2°-3° giorno ed è un notevole aiuto per la diagnosi.

Da autori inglesi è stata utilizzata la puntura addominale con la quale nel liquido purulento possono esser messi in evidenza i pneumococchi. Tale metodo sostenuto da Salzer e Kirchhoff non è stato utilizzato dall'A. per paura di qualche lesione dell'intestino a causa del meteorismo.

Può utilizzarsi la ricerca dei pneumococchi nel naso o nel secreto vaginale ma non come reperto caratteristico.

Il quadro ematologico non dà un dato caratteristico potendosi avere leucocitosi di 30 mila e più con un più alto valore di polinucleati.

Le culture del sangue potrebbero dare un sicuro appoggio diagnostico qualora riuscissero positive, ma rappresentano un mezzo diagnostico tardivo.

Nei primi casi dell'A. di 5 operati nello stadio acuto sono morti 3 e 2 guariti e tale alta mortalità coincide con quella riscontrata da altri.

Una parte di questi malati muore nel primo periodo di 3-4 giorni anche senza operazione; quelli che raggiungono lo stadio della formazione dell'ascesso vengono ordinariamente a guarigione. Così è successo in 6 di 8 ammalati di Kirchhoff.

Nella temperatura di questi casi possono notarsi 4 periodi: uno che corrisponde allo stadio acuto con febbre alta e schoc, un secondo stadio di remissione, un terzo di formazione dell'ascesso, ed un quarto dopo l'incisione.

L'A. riporta brevemente le storie dei suoi 14 casi riguardanti per lo più bambini e solo in 3 casi persone adulte.

Complessivamente su 9 operati nello stadio acuto si sono verificate 4 morti e 5 guarigioni e su 5 operati nello stadio della formazione dell'ascesso si sono avute 1 morte e 4 guarigioni.

R. BRANCATI.

Il quadro morboso della linfangite mesenteriale e peritoneale.

(PRIBRAM. *Med. Klin.*, n. 24, 1931).

L'A., ricorda che il sistema linfatico dell'addome è il più esteso del corpo, e che è direttamente a contatto con l'endotelio della sierosa: l'infiammazione di questa rete è so-

vente la causa di molteplici disturbi, e costituisce una vera e propria malattia.

Mentre gli appendicitici acuti, anche gravissimi, una volta operati, non presentano più disturbi di sorta, quelli cronici seguitano a lamentare dolori, generalmente nella regione dell'intervento, che passano sotto la qualifica di « dolori cicatriziali ».

Per comprendere questa strana differenza di comportamento, si deve ricorrere appunto al concetto della linfangite. Quante volte il chirurgo, operando, trova in questi casi una infiammazione cronica delle vie linfatiche, che aderiscono ai fogli della sierosa e formano cicatrici che tendono a retrarsi! Spesso anche le glandole linfatiche sono ingrossate e presentano i segni di uno stato catarrale.

L'impegno delle vie e delle glandole linfatiche è molto probabilmente responsabile di quelle crisi dolorose che possono colpire gli appendicitici in punti lontani dalla sede classica dell'organo.

Si pensi, inoltre, che l'appendice può talora apparire intatta, ma che i germi, passando attraverso le sue pareti e giungendo ai vasi linfatici regionali, vi destano flogosi e provocano la fenomenologia dolorosa.

Analogamente vanno le cose nel campo delle vie biliari: là noi vediamo i germi traversare le pareti della cistifellea e dividere le vie linfatiche, creando quel complesso e intricato quadro morboso che si chiama « pericolecistite ». Sembra anzi che esista, in genere, una specie di contrasto tra l'intensità della reazione offerta dalla parete dell'organo (appendice, cistifellea) al passaggio, alla diffusione dei germi, e lo stato anatomo-funzionale delle vie linfatiche, dove l'organo si difende di più, ivi la linfangite è meno marcata: e viceversa.

La linfangite peritoneale ci spiega i varii quadri morbosi delle così dette « sindromi aderenziali »: e ci permette infine di comprendere meglio le tristi vicende di molti malati dell'addome che via via sacrificano l'appendice, la cistifellea, ecc., senza riuscir mai a liberarsi completamente dai loro disturbi.

Va tenuto gran conto dei rapporti strettissimi che legano le angine a codesta forma di linfangite; recidive delle prime portano con grande frequenza a una recrudescenza delle seconde. V. Serra.

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

Tubercolosi polmonare periilare negli adulti.

(Knud Faber (*Acta Medica Scandinavica*, 1931, fasc. V-VI).

L'opinione che la tubercolosi polmonare si inizia il più frequentemente negli apici e da qui proceda in profondità nel tessuto polmonare fu il naturale risultato dei reperti anatomopatologici così come dei reperti clinici ascoltatori, essendo generalmente i fenomeni più evidenti localizzati intorno alla clavicola.

Questa opinione era già stata formulata da Laennec e non era mai stata contestata durante il secolo scorso.

Ma in questi ultimi anni in cui l'esame radiografico ha permesso di localizzare più esattamente il processo tubercolare incipiente e specialmente di osservarlo in uno stadio più iniziale di quello che fosse prima possibile; il concetto dell'inizio apicale della tub. polm. è stato sottoposto a notevoli revisioni. Si è visto infatti che i tanto discussi nuovi infiltrati (*frühinfiltraten*) sono il più frequentemente localizzati sotto la clavicola involvendo l'apice solo secondariamente.

L'attenzione è stata inoltre rivolta alle infiltrazioni partenti dall'ilo (tubercolosi polm. periilare) e si è sostenuto che questa forma di origine sia la più comune: è noto infatti che nei bambini nei primi cinque anni di vita simili infiltrazioni periilari sono relativamente frequenti. Negli adulti peraltro le infiltrazioni periilari sono state considerate infrequenti, ma le opinioni stanno cambiando anche a questo riguardo. In Germania Alexander e Redeker e a Parigi Léon Bernard hanno pubblicato vari lavori a questo riguardo. Questo ultimo A. crede che la t.b.c. periilare sia la forma più frequente di inizio della t.b.c. polmonare: egli crede cioè che l'individuo sia stato prima soggetto ad una infezione primaria accompagnata dall'infezione delle ghiandole ilari dipendenti (*primaraffekt* dei tedeschi) e che le ghiandole ilari susseguentemente siano diventate il punto di partenza dell'infezione progressiva del tessuto polmonare: forme queste che hanno un particolare quadro radiografico.

L'A. (Faber) descrive 9 casi di tubercolosi periilare in adulti in cui il quadro clinico e radiologico era molto simile a quello descritto da Léon Bernard, e dall'esame di questi casi trae alcune interessanti considerazioni.

Riguardo alla diagnosi di queste forme, essa all'esame radiografico risulta facile per quanto talvolta possano sorgere dei dubbi come per es., la presenza di un tumore maligno se l'infiltrazione è ben delimitata oppure la difficoltà di distinguere se il processo tubercolare è limitato alle ghiandole della regione ilare o anche il polmone è preso: in questi casi aiuterà la storia del caso e il reperto di b. di Koch nell'espettorato. Per mezzo dell'esame clinico ascoltatorio la diagnosi è tanto difficile quanto incerta; è caratteristico di questa forma il fatto che i fenomeni ascoltatori sono indistinti o mancano del tutto: tuttavia la maggior parte dei casi presenta fenomeni abnormi all'ascoltazione: si hanno cioè rantoli

talvolta con ottusità e variazioni del respiro nelle parti più basse del polmone, nell'ascella o nella regione infrascapolare; più raramente si trovano dei rantoli localizzati all'apice, per quanto questo alla lastra radiografica si presenti perfettamente chiaro.

È caratteristica in tutti questi casi la mancanza di espettorazione.

La *prognosi* della infiltrazione periilare è secondo vari autori, relativamente buona per quanto in alcuni casi il processo possa subire un'estensione fatale.

Quanto alla terapia grande importanza è stata data allo pneumotorace artificiale il quale è, secondo i Francesi, assolutamente indicato in queste forme di tubercolosi.

L'A. ha preferito trattare prima i pazienti con la sanocrisina ed in seguito, se reso necessario dall'estensione del processo, applicare il pneumotorace: ha in tal modo risparmiato lo pneumotorace in 6 paz. che sono guariti con la sanocrisina, ma ha perduto un paziente che forse si sarebbe salvato se lo pneumotorace fosse stato applicato subito.

Riguardo alla patogenesi di queste forme sembra dagli studi di AA. americani che esse possono avere origine sia da un *primaraffekt* della parte ilare dei polmoni sia dalle ghiandole ilari tubercolari.

In alcuni casi il processo ilare esacerbandosi si estende verso la clavicola (regione intercleidoilare di L. Bernard) ma può estendersi anche verso le parti basse del polmone.

Inoltre all'autopsia di alcuni individui non tubercolosi manifesti, si possono trovare i polmoni mostranti i residui di antiche lesioni tbc. in forma di cordoni o trabecole che si estendono dall'ilo nell'interno del polmone specialmente verso la clavicola: queste trabecole sono spesso lievemente nodose per piccoli focolai di vecchia data ma possono dare origine a processi pneumonici nuovi. Queste forme debbono essere classificate fra i *frühinfiltrat* dei tedeschi e sono dovute a reinfiltrazione endogena e non a reinfezione esogena come si era asserito. Secondo Bernard il loro sviluppo avverrebbe così: prima un processo pneumonico localizzato (focolaio primario) che infetta le ghiandole ilari per via linfatica (complesso primario); indi un'estensione del processo in direzione opposta procedente dalle ghiandole ilari nel polmone sotto forma di linfangite tubercolare che a sua volta dà origine allo sviluppo di nuovi processi pneumonici.

G. LA CAVA.

Asma infettivo e suoi rapporti con malattie infettive dei seni e dei polmoni.

(J. HARKAVY e F. MAISEL. *The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 30 maggio 1931).

Molti lavori sono stati fatti sull'asma negli ultimi anni specialmente riguardanti l'allergia come causa occasionale dell'asma in soggetti costituzionalmente predisposti per alterazioni del sistema neurovegetativo. Se l'eccitante allergico manca può essere sostituito dal fattore infettivo nel determinare l'inizio dell'attacco, specialmente per infezione localizzata al tratto respiratorio. Esperimenti sugli animali hanno dimostrato che la stimolazione del vago e della parte posteriore della mucosa nasale dà aumento della pressione endotracheale, costrizione bronchiale, broncorrea, enfisema. I lavori di anatomia patologica hanno dimostrato la frequenza di lesioni del naso, dei seni, dei bronchi negli asmatici. Alcune osservazioni degli AA. a questo riguardo coincidono perfettamente colle osservazioni dei vecchi autori fatte prima che si parlasse di anafilassi e riguardavano casi in cui non esistevano fenomeni di ipersensibilità. Essi osservarono lesioni bronchiali gravi e precisamente scomparsa dell'epitelio ciliare sostituito da epitelio squamoso, fibrosi e infiltrazione linfatica peribronchiale, ialinizzazione della membrana basale ed infiltrazione sottoepiteliale di eosinofili, linfociti e polinucleati, ipertrofia muscolare, distensione delle ghiandole mucose, enfisema con rottura di alveoli ed alterazioni vascolari (diminuita circolazione).

Gli AA. ritengono che anche le forme di asma in soggetti non ipersensibili, ma che hanno processi infettivi delle vie respiratorie, possano considerarsi come forme anafilattiche con sensibilizzazione ai germi e ai loro prodotti. Il fatto che le reazioni cutanee non dànno risultati positivi per i germi, non basta ad escludere la sensibilizzazione, perchè anche nelle idiosincrasie da sostanze medicinali non si hanno risultati positivi dalle cutireazioni, ma è innegabile che esista ipersensibilità.

I malati studiati dagli AA. furono 409. Di questi, 200 non erano ipersensibili. In 87 l'asma era dovuto a malattie dei seni, che rappresentavano la malattia primitiva, mentre c'era bronchite secondaria con esame radiologico dei polmoni negativo. In 22 malati c'era polmonite non risolta, in 4 bronchiettasie e in 21 malattie dei seni associate a polmonite non risolta.

In molti di questi malati l'inizio dell'asma si aveva dopo « raffreddore » e dopo broncopolmoniti a ripetizione. Tutti i malati con lesioni sinusali, meno 1, migliorarono dopo la cura della malattia dei seni.

In nessun malato fu fatta la cura radicale, ma solo cure locali (lavaggi antrali, applicazioni etmoidali).

In quanto al meccanismo con cui la sinusite provoca l'asma è difficile dire se si tratta di irritazione del vago o del simpatico da proteine batteriche o da sostanze istaminosimili.

R. LUSENA.

Studi sperimentali sulla produzione di aderenze pleuriche.

(P. GOHRBAUDT. *Dtsch. z. Chir.*, vol. 229, ottobre 1930).

Le aderenze pleuriche hanno, nella pratica chirurgica, una grande importanza in molti interventi intratoracici. Così esse rappresentano una base operatoria desiderabile: 1) nelle infiammazioni suppurative del polmone e del mediastino; 2) nelle bronchiectasie e, 3) nella asportazione transpleurica di alcune cisti e anche di neoformazioni solide benigne e maligne del polmone e del mediastino.

Quando mancano le aderenze, il che può accadere anche in processi suppurativi del polmone, bisogna procedere, prima della apertura della cavità ascessuale, alla obliterazione del cavo pleurico nella sede del punto di attacco.

I metodi finora adoperati non sono sicuri e presentano pericoli per i malati; mentre il piombaggio di paraffina di Baer, adoperato per questo scopo da Sauerbruch, rappresenta un mezzo sicuro e relativamente privo di pericoli.

L'A. ha voluto chiarire con alcune ricerche sperimentali i processi anatomici e biologici che conducono alla formazione di aderenze pleuriche; e ha voluto provare se altre sostanze potessero sostituire con egual esito la paraffina. A questo scopo ha eseguito esperienze su capre, cani e conigli con diversi materiali di piombaggio come paraffina, seta, gomma e laminaria.

L'A. ha visto che lo stimolo del corpo estraneo determina un'infiammazione dei foglietti pleurici, con formazione di fibrina che dapprima conduce all'unione della pleura parietale e viscerale e poi alla formazione di aderenze, attraverso rapidi processi di organizzazione.

Negli animali più grossi, nei quali il piombaggio potè esser posto immediatamente sulla pleura si ottennero aderenze notevoli in 3-4 settimane. Nei conigli, nei quali la sottigliezza della pleura parietale costrinse a porre il piombaggio al di fuori dei muscoli intercostali, tra questi e le coste, i risultati furono minori.

A carico del polmone si producono atelettasie e induramenti.

Dalle esperienze risultò che la paraffina è il miglior materiale di piombaggio. La gomma irrita e danneggia troppo i tessuti. Anche la seta determina reazioni tali che diventa perfino difficile la asportazione del piombaggio. La laminaria esercita un'eccessiva azione meccanica che può portare a necrosi da pressione della pleura con perforazione degli organi interni. Tali pericoli non si trovano nel piombaggio con paraffina. Pur tuttavia possono intervenire danni anche in questo (raccolte di essudato nel letto del piombaggio, infezione, necrosi da pressione), che però si possono in parte evitare con accorgimenti tecnici.

In complesso però possediamo nel piombaggio con paraffina un mezzo che ha rinnovato la chirurgia di numerose affezioni polmonare e mediastiniche.

In prima linea gli ascessi polmonari senza aderenze pleuriche. Il compito del piombaggio è quì in primo luogo di produrre sufficienti aderenze nel punto di attacco.

In secondo luogo può l'ascesso non di rado per la pressione del piombaggio, essere emesso con l'espettorazione; oppure la pressione conduce ad una necrosi del tessuto polmonare infiltrato e all'apertura dell'ascesso nel letto di piombaggio. In entrambi i casi può seguire la guarigione senza ulteriore ausilio chirurgico. Se l'apertura spontanea non avviene l'intervento è reso molto più facile dalle alterazioni polmonari (induramento, atelettasia).

Un utile impiego trova il piombaggio di paraffina nella cura delle bronchiectasie. Infine è esso il mezzo migliore per l'estirpazione di cisti e tumori solidi polmonari e mediastinici, decorrenti senza aderenze pleuriche.

P. STEFANINI.

La pneumectomia.

(A. VECCHI. *Arch. Ital. Chir.*, vol. XXVII, fascicolo 5).

L'A. riferisce i risultati di questa operazione che ha praticato nei cani e nei conigli. Premette alcuni accorgimenti di tecnica necessaria per la buona riuscita dell'intervento. Dopo avere resecato un tratto della IV, V, VI, costa, tra l'ascellare anteriore e la mammaria, fa una piccola incisione nella pleura ed udito il caratteristico sibilo dell'aria che penetra nella cavità toracica, si attende che la respirazione dell'animale torni normale per ritmo e frequenza. Accertatosi che il polmone si sia collassato, apre lo sportello e con un ago di Dechamps porta un laccio di seta attorno all'ilo polmonare, evitando di fare trazioni che darebbero dispnea e modificazioni del battito cardiaco. Preparato il laccio si tappa nuovamente la breccia con compresse di garza e si permette all'animale di regolarizzare la sua respirazione che è dispnoica. Annodato il laccio di seta attorno l'ilo polmonare si asporta il polmone. Termina l'operazione chiudendo lo sportello.

Senza queste precauzioni molti animali sarebbero deceduti. Inoltre l'A. ha potuto stabilire che nei cani la pneumectomia può essere eseguita d'ambo i lati, e che tutti i conigli operati a destra sono morti, durante o poco dopo l'atto operativo, con dispnea e tachicardia.

All'autopsia si è trovato il polmone edematoso ed in qualche caso versamento liquido rossastro nella pleura, ossia una morte, secondo l'A., dovuto ad asfissia ed a scompenso cardiaco. A questo riguardo riporta le idee di alcuni autori i quali sostengono che la pneumectomia destra nei conigli è incompatibile con la vita perchè il polmone destro costituisce i 2/3 del tessuto polmonare totale ed il solo polmone sinistro è insufficiente per tenere in vita l'animale.

Secondo l'A., gli insuccessi che si hanno nella pneumectomia bisogna attribuirli alle trazioni sul peduncolo che, provocando stiramento, danno luogo a dispnea e tachicardia e, se prolungati, alla morte.

I reperti istologici dei polmoni residui dei conigli operati a destra e morti subito dimostrano: versamento di siero nelle cavità alveolari e presenza di piccole emorragie; se morti dopo poche ore, negli alveoli si trova siero coagulato, misto a globuli rossi e numerose cellule epiteliali desquamate. Nei conigli operati a sinistra e nei cani si osservano quadri diversi a seconda del tempo di sopravvivenza: nei primi giorni si nota iperemia notevole, diffusa a tutto il polmone, e qualche piccola emorragia; dopo alcuni giorni si è trovato qualche gruppo di alveoli riempiti da siero coagulato, da globuli rossi ed elementi epiteliali, aumento di diametro degli alveoli, ed ispessimento del tessuto interstiziale e dei setti interalveolari. Dopo una ventina di giorni l'iperemia va scomparendo, permane la dilatazione degli alveoli, dei bronchi e dei vasi.

V. GIRMENIA.

CONFERENZE.

La chirurgia del simpatico.

(W. K. LIVINGSTON. *Journ. Amer. Medic. Assoc.*, 14 marzo 1931).

Nel 1878 Claude Bernard richiamò l'attenzione sulla notevole costanza della composizione del sangue e presentì che il delicato meccanismo necessario per regolare l'economia e l'armonia nell'interno dell'organismo doveva risiedere nel sistema nervoso.

Malgrado la confusione che tuttora regna in questo campo delle nostre conoscenze, risulta ora accertato che nella regione dell'ipotalamo vi sono centri viscerali i quali esercitano un controllo sul bilancio dell'acqua, sul metabolismo dei grassi e degli zuccheri, su gli adattamenti vasali, sulla temperatura, sulla funzione delle glandule endocrine, sul tono delle fibre liscie degli organi interni.

I fatti finora accertati hanno messo in evidenza che il sistema nervoso viscerale è costituito da un intreccio di neuroni, che oltre ad influenzare e regolare tutte le su dette attività, controllano la mobilizzazione dei leucociti e di altri meccanismi citologici di difesa, hanno qualche relazione con la produzione degli anticorpi e con tutte quelle modificazioni umorali relative all'allergia ed all'anafilassi.

È noto, inoltre, che questo sistema è suscettibile di funzionare anormalmente nelle varie divisioni, determinando alcune sindromi cliniche, tra cui le meglio conosciute sono la tirotossicosi, il diabete, e l'ulcera peptica.

Il sistema nervoso è un complicato e delicato intreccio di neuromi attraverso il quale sono convogliati impulsi da e per i centri cerebrali e midollari relativi alla funzione di glandule e fibre liscie sparse per tutto il corpo. Consta di due sezioni principali, la craniosacrale, o para-simpatica, la toraco-lombare, o simpatica, che sembrano antagoniste.

Per quel che riguarda la sezione simpatica è da rilevare che la sua iperattività è facilmente riconoscibile, che le sue vie periferiche sono chirurgicamente accessibili, e che l'asportazione di sue parti non ha effetti pericolosi.

Il sistema simpatico ha una rappresentanza nella sostanza grigia del midollo spinale, dal primo segmento toracico al secondo lombare, i così detti neuroni pregangliari. Le fibre di questi neuroni abbandonano il midollo con le radici anteriori ed entrano nella catena dei gangli simpatici con i rami comunicanti bianchi, e di qui si volgono in alto o in basso per raggiungere a varie distanze in un ganglio simpatico periferico da cui partono le fibre che si distribuiscono alle glandule ed alle fibre liscie. I neuroni postgangliari che si distribuiscono ai tessuti viscerali nelle parti periferiche raggiungono attraverso i rami comunicanti grigi i nervi spinali e da questi sono distribuiti segmentalmente ai vasi, alle glandule sudorifere, ai muscoli erettori dei peli.

La simpatectomia ideale dovrebbe consistere nella sezione di tutti quei neuroni postganglionici che innervano una determinata parte del corpo. Ma le vie di questi neuroni sono così complicate che praticamente si usa interromperli chirurgicamente in vicinanza dell'organo malato. Una simpatectomia parziale si compie asportando il plesso di fibre che circonda l'arteria principale dell'organo in quistione. Con tale procedimento però la denervazione non è completa e si interrompono anche fibre del parasimpatico.

Per la simpatectomia di un arto il problema è ancora più complesso.

È praticamente impossibile sezionare i neuroni simpatici dopo che essi hanno raggiunto i nervi spinali. Una simpatectomia parziale si ottiene con la simpatectomia periarteriosa o con l'asportazione di una breve porzione di arteria. Ma c'è da obiettare che così facendo la denervazione è molto incompleta.

Una interruzione più completa si può avere sezionando i rami grigi, ma l'operazione abi-

tuale consiste nell'escissione dei gangli simpatici allo scopo di impedire che gli impulsi provenienti da neuroni pregangliari raggiungono quelli postgangliari. La principale obiezione che si fa a questa operazione si è che una grande zona di tessuti e di organi viene sottratta all'influenza del simpatico.

Così l'asportazione dei due gangli toracici superiori per la cura del morbo di Raynaud oltre che sulla estremità superiore ha effetti sul capo, sul collo e su importanti organi toracici.

L'escissione del secondo, terzo e quarto lombare per la cura di affezioni degli arti inferiori ha anche effetti su organi pelvici e addominali.

Tuttavia questi effetti non sono così dannosi da sconsigliare un'operazione che assicura la completa interruzione delle vie simpatiche.

Le prime simpatectomie tentate per la cura dell'asma, del gozzo esoftalmico e dell'angina pectoris non hanno dato risultati del tutto soddisfacenti. Esse, tuttavia, dimostrarono che il tessuto viscerale può continuare a funzionare normalmente anche senza alcuna porzione di catena simpatica.

Molto recentemente Royle ha praticato la simpatectomia per affezioni spastiche dei muscoli scheletrici. Anche in questo caso i sucessi non sono stati conformi alle speranze. I risultati non sono stati costanti.

Le applicazioni delle simpatectomie sono andate rapidamente allargandosi.

Le malattie così trattate sono molto eterogenee ma per qualche loro carattere comune possono classificarsi in tre gruppi.

1) Sindromi nelle quali il dolore è il sintoma preminente: angina pectoris, monconi dolorosi, crisi tabetiche, causalgia, cancro inoperabile, dismenorrea, gastralgia, neuroglia del trigemino, nefralgia.

2) Sindromi gastro-intestinali derivanti da iperattività degli sfinteri: malattia di Hirschsprung, stenosi pilorica, intussuscezione, cardiospasmo, bolo isterico, stipsi spastica.

3) Sindromi cliniche caratterizzate da limitazione funzionale dell'afflusso di sangue: morbo di Raynaud, scleroderma, acrocianosi, artrite cronica, ulceri croniche, paralisi spastiche, endoarterite, retinite pigmentosa, Kraurosi vulvare.

Prima di decidere l'intervento operativo conviene accertare in ogni caso il grado dello spasmo vasale, precisare i gangli sotto la cui dipendenza trovasi la regione affetta e la cui rimozione può far cessare lo spasmo, ed infine esaminare se non si siano già stabilite alterazioni organiche locali che rendano aleatorio l'intervento.

Non mancano i mezzi per mettere in evidenza lo spasmo vasale. Al riguardo è a rilevare che le applicazioni calde locali, l'iperemia costrittiva, l'anestesia spinale, la narcosi generale ed il sonno naturale provocano un alleviamento dei sintomi evidentemente provocando un rilasciamento dello spasmo vasale.

Dati più precisi sulle condizioni dei vasi possono essere dati dall'oscillometria e meglio ancora dalla febbre artificiale a mezzo di iniezioni di vaccino tifoso o di antigene. Dopo queste iniezioni si misura la temperatura della bocca e quella della cute della parte affetta.

Il rapporto o divisione tra le due temperature costituisce l'indice vasomotorio che quando è molto alto denota uno spasmo vasale e quindi è un elemento favorevole all'operazione; invece l'indice vasomotorio basso indica l'esistenza di lesioni occlusive e quindi l'intervento è controindicato.

Un metodo che oltre a dare l'indicazione dell'intervento precisa i gangli che si devono attaccare è quello dell'iniezione di una soluzione di cloridrato di procaina nei gangli che si ritengono responsabili dell'affezione.

Se a questa iniezione segue un rapido e marcato aumento della temperatura cutanea locale, vuol dire che l'affezione è dipendente da uno stato spastico dei vasi e che questi sono ancora suscettibili a dilatarsi, e che infine i gangli iniettati sono proprio quelli che occorre asportare.

L'iniezione non fa che provocare temporaneamente una condizione che sarà definitiva dopo l'intervento.

Nei casi nei quali il dolore è il sintomo preminente si può con lo stesso metodo distinguere il dolore viscerale da quello somatico. La cessazione del dolore dimostrerà che l'interruzione chirurgica delle vie iniettate determinerà la scomparsa duratura del dolore. Se invece il dolore persiste dopo l'iniezione vuol dire che la via aggredita non è quella responsabile o che gli impulsi dolorosi seguono una via diversa da quella simpatica.

Dr.

CENNI BIBLIOGRAFICI [1]

R. BENSAUDE. *Maladies de l'intestin*. Vol. in 8° di pagg. 346 con 97 fig. G. Masson et C.ie, Paris 1931. Fr. 55.

Questo libro, che è il primo di una serie di tre, che seguiranno a breve distanza, ha come base l'insegnamento delle malattie dell'intestino e sopratutto della proctologia. L'opera, a termine, non costituirà però un Trattato delle malattie dell'intestino nel vero senso della parola, poichè in questo volume e così nei successivi, a lato di lavori originali, sono contenute questioni di pratica giornaliera e riviste generali d'attualità.

In tal modo tutti i punti più importanti della patologia digestiva saranno trattati ma in special modo quelli che necessitano di essere messi a giorno in conseguenza dell'applicazione di nuovi procedimenti di esplorazione e di trattamento.

In questo 1° volume si leggono intanto interessanti articoli, come la tecnica radiologica del grosso intestino, la stitichezza abituale ed il suo trattamento, le diarree croniche dell'adulto, la sifilide gastro-intestinale, ecc.

L'opera è diretta tanto ai medici che ai chirurgi e, dato il suo carattere originale, avrà senza dubbio buona diffusione. A. POZZI.

CHIRAY - LOMON - WAHL. *Le Dolichocolon*. Masson, ed., 1931. Fr. 40.

L'argomento trattato in Italia dai nostri Maestrini e Muzii in una monografia edita dal Pozzi, è largamente svolta sia dal punto di vista radiologico ma specialmente dal punto di vista etiopatogenetico e clinico da Chiray in collaborazione con Lomon e Wahl.

Numerosi i documenti clinici e radiologici che occupano l'ultima parte del libro; buoni e dimostrativi i radiogrammi che illustrano il reperto radiologico del dolicocolon.

Largamente svolta è specialmente la parte terapeutica sia medica che chirurgica.

M. F.

A. B. MARFAN. *Les affections des voies digestives dans la première enfance*. 2ª Ed. Masson e C., Paris, 1931. Fr. 85.

Un Autore ed un Maestro come Marfan è così conosciuto e così giustamente apprezzato che sarebbe fuor di luogo accompagnare con parole di lode la recensione di questa nuova edizione del suo libro: « Les affections des voies digestives dans la première enfance ».

La frequenza e l'importanza delle malattie della nutrizione dell'infanzia, come l'oscurità che ancora regna su molti dei problemi ad esse inerenti, fanno di questo libro un'opera di grande interesse non solo per gli studiosi, che ivi possono trovare raccolte le teorie le più moderne, i metodi più perfezionati di ricerca e i mezzi terapeutici più sperimentati, ma anche per gli studenti e perfezionandi nella Pediatria, i quali nei diversi capitoli di questo libro possono trovare riunito ciò che di noto e di più probativo si conosce intorno ai disturbi della nutrizione dell'infanzia.

La classificazione che di tali disturbi fa l'A. si basa essenzialmente su concetti sintomatologici e sulla diretta osservazione dell'ammalato; tutti gli argomenti sono però corredati dalla descrizione dei più moderni mezzi d'esplorazione fisici, chimici, bacteriologici, dai risultati di studi sperimentali e da reperti anatomopatologici.

Dopo un primo capitolo generale sulle affezioni dell'apparato digerente e loro diversa classificazione secondo i vari AA., vengono trattati i disturbi della nutrizione che si accompagnano a vomito: la III e IV parte, le più considerevoli riguardano invece le affezioni dell'apparato digerente in cui predominano la diarrea, e rispettivamente la costipazione. La V parte riguarda gli stati di denutrizione dell'infanzia, vale a dire l'ipotrepsia e l'atrepsia; nell ultimo capitolo l'A. svolge l'interessante argomento dell'intolleranza verso il latte e dei rapporti di tale intolleranza con l'anafilassi.

L'esposizione in tutti i capitoli, vi è chiara e semplice, e questa nuova opera di Marfan è, si può dire, una delle più complete e profonde sull'argomento. C. NERVI.

ALBRECHT. *Die Röntgendiagnostik des Verdauungskanals (einschliesslich der Leber und der Gallenwege)*. Vol. di pag. 493 con 828 fig. Edit. G. Thieme, Lipsia, 1931.

Nel suo trattato di diagnostica radiologia delle malattie del sistema digerente l'A. ha raggiunto lo scopo prefisso di dare al lettore una esposizione chiara e aggiornata della metodica e della diagnosi nelle varie alterazioni del tubo digerente. Lo studio accurato delle pliche mucose dello stomaco e dell'intestino ha permesso uno studio più completo delle alterazioni e ha dato al radiologo la possibilità di diagnosticare affezioni che non solo alla clinica ma anche all'osservazione operatoria possono non essere riconosciute.

Numerose radiografie dimostrano quali risultati un tecnico di valore possa ottenere con lo studio della mucosa: basta osservare il capitolo sull'esofago e sullo stomaco per convincersi dell'importanza che ha uno studio così condotto.

Nel libro è trattata anche la diagnostica delle malattie del fegato e delle vie biliari; è ricordata anche l'importanza dell'epato-splenografia con il tordiolo.

Un capitolo esteso è dedicato alla colecistografia. P. VALDONI.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Thérapeutique médicale. II vol. *Aliments-médicaments*. In-8° di 328 pag. con fig. Masson et C.ie, éd. Paris. Prezzo 45 fr.

Dopo essersi occupato nel precedente volume della terapia degli organi digerenti, il prof. Loeper che dirige questo trattato di terapia dedica questo secondo volume agli alimenti-medicamenti, fra i quali è spesso impossibile stabilire una linea netta di demarcazione.

Il libro è dovuto alla collaborazione di diversi autori che vi hanno trattato la materia in 14 capitoli: il pane, la carne, il pesce, i legumi, le frutta, il latte, le uova, il vino e la birra, il sale, l'olio di fegato di merluzzo, gli alimenti irradiati. Per ognuno di questi tipi di alimenti vengono dati la composizione, le alterazioni, il modo di preparazione, l'azione, le indicazioni, ecc.

Questa opera non va considerata come un nudo repertorio di dati, ma come un'esposizione delle idee dominanti in materia. Tenuto conto delle nuove acquisizioni che si vengono continuamente realizzando dai biologi e dai chimici e delle ricerche sul metabolismo, sui fenomeni di anafilassi, sulle vitamine, ecc., questo capitolo della terapia prende ogni giorno maggiore importanza. Questo libro permetterà al medico di mettersi al corrente sui resultati acquisiti, procurandogli dei mezzi d'azione considerevoli per stabilire un trattamento e precisare un regime. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Bologna.

Seduta del 1° maggio 1931.

Presidente: prof. Donato Ottolenghi.

U. Poppi riferisce *sulla struttura e funzione delle cellule del « Tuber Cinereum »*.

Tumore dell'angolo ponto-cerebellare. Operazione. Guarigione.

V. Neri e A. Serra. — Presentano un malato che fu operato due anni e mezzo or sono di tumore dell'angolo ponto-cerebellare sinistro. L'operato ha ripreso le sue ordinarie occupazioni e all'esame neurologico odierno è possibile solo di constatare una parziale atrofia bilaterale del nervo ottico ed una ineccitabilità completa dell'ottavo nervo di sinistra. Dei sintomi di sofferenza dei nervi della base, dei sintomi cerebellari e di quelli pontini, che il malato presentava in modo classico prima dell'intervento operativo, non esiste oggi alcuna traccia. Prima dell'operazione il malato venne presentato alla Società Biologica sperimentale per mettere in evidenza dei segni elettrici di distomia cerebellare nell'arto superiore di sinistra. Questi segni sono ora del tutto assenti e questa assenza costituisce la riprova dell'origine di tale sintomatologia.

L'operazione è consistita in una esplorazione cerebellare secondo H. Cushing e nell'asportazione per via sotto capsulare del tumore. Questo all'esame istologico si è dimostrato un classico tumore della guaina del nervo acustico.

U. De Castro riferisce *sugli aspetti istologici del reticolo endotelio per influenza di stimoli esogeni diversi.* —

Ancora su "Il riempimento delle vallecole epiglottiche segno radiologico precoce di carcinoma dell'esofago?»

A. Possati. — A complemento di ricerche precedentemente eseguite l'O. crede di poter concludere che l'osservare radiologicamente iniettate le vallecole epiglottiche in soggetti non neuropazienti che accusano disturbi disfagici, debba richiamare l'attenzione dell'esaminatore, e porgli il quesito se non si tratti di un segno radiologico precoce di un Ca. dell'esofago, o se, all'eventuale infiltrazione neoplastica locale non si associ altra localizzazione tumorale più bassa, che non abbia dato ancora segni radiologicamente rilevabili.

F. Vigi.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Seduta del 1° luglio 1931.

Presidente: prof. G. Pieri.

Il dott. P. Milani svolge il tema: *La sifilide e i suoi variabili aspetti clinici attraverso i secoli.*

Sulle varici duodenali.

Prof. M. Lapenna. — L'O. illustra un caso d'interesse clinico e radiologico. Si tratta di un uomo robusto, di 40 anni, il quale da 3 anni soffriva di lievi disturbi dispeptici senza caratteristiche speciali, e negli ultimi tempi era stato colto da una enterorragia, e in seguito aveva presentato ripetutamente melena.

L'esame obbiettivo era del tutto negativo per quanto riguardasse punti dolorosi addominali; esso faceva constatare un notevole aumento di volume del cuore e un modico ingrandimento del fegato. L'esame radioscopico dimostrò assenza di lesioni organiche gastriche e duodenali; però accanto a un bulbo duodenale a festone (dovuto all'ingrandimento del fegato) rivelò nella prima porzione del duodeno una serie d'immagini (a serpentino, a quadrifoglio, a piccoli mammelloni) identiche a quelle descritte recentemente da Alberti in casi di varici duodenali controllati operatoriamente.

Il presente caso manca del controllo operatorio, ma i caratteri clinici e la evidenza dei reperti radiologici rendono suggestiva anche in questo caso la ipotesi che si tratti di varici duodenali in soggetto cardiopatico scompensato cronico.

Sulla narcosi avertinica.

Prof. G. Pieri e dott. Lise. — Gli OO. riferiscono su una serie di 100 casi in cui la narcosi rettale avertinica fu usata colle seguenti indicazioni:

1) Nelle operazioni sul capo é sul collo, nelle quali la narcosi per inalazione è incomoda per l'operatore (le operazioni del genere più leggere furono però eseguite in anestesia locale).

2) Nelle operazioni sul torace, addome e arto superiore, quando la esistenza di processi catarrali del polmone controindicava la narcosi eterea.

3) Nei pazienti pusillanimi, che reclamano di essere addormentati senza accorgersene.

Circa l'età dei pazienti, il limite minimo fu di 2 anni e mezzo, e il massimo di 70 anni. La quantità di avertina usata (proporzionale al peso del

corpo) variò da un minimo di gr. 1,4 a un massimo di gr. 8.

In tutti i casi fu praticato dopo l'operazione il controllo delle condizioni del rene (ricerca dell'albumina) e del fegato (ricerca della urobilina); si constatò albuminuria lieve e passeggera solo in 3 casi.

La narcosi avertinica è una narcosi basale, nel senso che di regola, non essendo molto profonda, richiede l'uso supplementare di altro mezzo anestetico; nella centuria dei casi riferiti dagli OO. questa necessità si manifestò nell'80 % dei casi; ma fu possibile praticare senza anestesia supplementare anche interventi di notevole importanza, quali craniectomie, nefrectomie, resezioni del simpatico cervicale, operazioni sullo stomaco...

Specialmente preziosa si dimostrò la narcosi avertinica nelle operazioni sulle cavità accessorie della faccia: furono operati senza altra anestesia 2 casi di palatoschisi, una sinusite frontale, un angioma tonsillare, ecc.

In 2 casi l'azione della avertina si dimostrò eccessiva e richiese iniezioni stimolanti per la respirazione e per la circolazione.

Gli OO. da questa prima serie di casi riportano l'impressione che la narcosi avertinica possa rappresentare un pregevole acquisto per la chirurgia, pur non nascondendosi che la loro esperienza è troppo scarsa per permettere di formulare un giudizio definitivo.

Sulla cura operatoria delle fratture della rotula.

Dott. N. BOSMIN. — L'O. pensa che la sutura metallica come viene abitualmente praticata per la frattura della rotula non dia risultati così buoni come la sutura fibroperiostea, e illustra 10 casi così operati dal prof. Pieri; il caso più antico data da 8 anni, il più recente da 2 mesi.

Di questi 10 pazienti 7 hanno avuto un risultato ottimo, in quanto i movimenti di flessione del ginocchio hanno raggiunto la normale estensione, uno (l'ultimo operato) ha ora escursioni di circa 50 gradi ma l'ampiezza di esse è certamente destinata ad aumentare. In 2 pazienti i risultati lasciano a desiderare: uno, in cui si era trattato di frattura esposta infetta con esito in artrosinovite purulenta, ha ora anchilosi del ginocchio rettilinea; sul secondo, in cui oltre la frattura della rotula si era verificata rottura dei legamenti crociati, i movimenti sono abbastanza estesi ma dolorosi per lo stabilirsi di una artrite deformante.

Complessivamente i risultati si possono dunque definire soddisfacenti.

Circa la tecnica, al 3° o 4° giorno dal trauma in rachianestesia fu praticata sulla faccia anteriore del ginocchio un'ampia incisione curvilinea a concavità superiore che giunge in basso al punto medio del tendine rotuleo. Sollevamento del lembo cutaneo fino a scoprire il focolaio di frattura. Detersione dell'articolazione dai coaguli. Ravvicinamento dei frammenti e sutura del loro rivestimento fibroperiosteo con catgut (sutura anche delle eventuali lacerazioni dei legamenti alari). Sutura del sottocutaneo e della pelle.

L'arto esteso viene posto in doccia metallica. Al 15° giorno si rimuovono i punti; al 20° giorno si iniziano cauti movimenti passivi del ginocchio; al 30° giorno si inizia la deambulazione.

Il Segretario: dott. G. LOCATELLI.

Società Italiana Fascista di studi scientifici sulla tubercolosi

(Sezione di Roma).

Seduta del 26 giugno 1931.

Presidente: on. prof. EUGENIO MORELLI.

Indicazioni, tecnica e risultati delle pneumolisi con piombaggio nella tubercolosi polmonare.

Prof. MANFREDO ASCOLI. — L'O. riferisce la storia clinica di 7 malati ricoverati nell'Istituto Benito Mussolini nei quali furono praticati in tutti 8 operazioni di pneumolisi extrapleurica con piombaggio di paraffina (in un caso piombaggio bilaterale). Si trattava in generale di caverne fibrose apicali e sottoclaveari — o di lobite ad evoluzione cronica —, di infiltrazioni biapicali bilaterali non suscettibili per sinfisi pleurica di una cura pneumotoracica. Discute la tecnica che varia nei singoli casi (in alcuni si usò il taglio anteriore anzichè posteriore) e i risultati clinici. Una malata operata di piombaggio bilaterale decedette per la formazione di un piccolo pneumotorace spontaneo dopo il secondo intervento per l'insorgenza di una broncopleurite basilare — gli altri ebbero un discreto miglioramento tardivo nelle condizioni generali e locali. Tuttavia si deve rilevare che in 4 casi si osservarono subito dopo l'intervento una diffusione del processo specifico verso le regioni inferiori del polmone dallo stesso lato o dal lato opposto a tipo bronco pneumonico tubulare — da probabile aspirazione di materiale caseoso — ciò che portò a un aggravamento temporaneo delle condizioni fisiche. Tale spiacevole complicanza potrà forse evitarsi nel futuro mediante una scelta più accurata dei casi, e uno studio particolare della posizione post-operatoria del paziente nei singoli casi.

L'intervento va quindi riservato a quei casi in cui la toracoplastica non è indicata perchè la lesione è limitata oppure non è effettuabile per le condizioni del polmone controlaterale.

MORELLI. — Si compiace con l'oratore sopratutto per l'associazione sistematica della frenico-exeresi al piombaggio con paraffina. Entra poi nella discussione tecnica dell'intervento suggerendo l'idea di provare in qualche caso l'azione compressiva di un palloncino di gomma rigonfio d'aria introdotto nello spazio sottopleurico in corrispondenza delle lesioni del parenchima polmonare. In tal modo la compressione sulla caverna sarebbe graduabile e meno brutale di quanto non sia un blocco di paraffina che può provocare la premitura dei focolai e la propagazione dei processi tubercolari verso le regioni inferiori. Consiglia l'uso della sedia operatoria di Redaelli che permette ai malati di respirare regolarmente durante l'operazione, e il taglio posteriore per evitare i grossi vasi sanguigni e allontanarsi dal cuore.

ASCOLI MANFREDO. — Prende atto delle osservazioni del Prof. Morelli aggiunge che il piombaggio anteriore usato in qualche caso era stato scelto allo scopo di poter comprimere le caverne a pareti molto rigide contro il piano resistente posteriore scapolo-vertebrale.

Frenico-exeresi e riflesso oculo-cardiaco.

A. Bonadies. — Ha esaminato 54 operati di frenico-exeresi ricercando le alterazioni del riflesso oculo-cardiaco prima e dopo l'intervento.

Allo scopo di ricavare un dato indiretto sulla questione dibattuta dell'eventuale azione terapeutica della frenico-exeresi attraverso le sue anastomosi con il simpatico cervicale.

Il risultato è tutto negativo: per cui l'oratore ritiene che il comune atto operatorio dello strappamento del nervo frenico non interessa il simpatico nè i suoi gangli, nè il tronco principale in modo così sensibile da provocare modificazioni del riflesso oculo-cardiaco.

Morelli. — Consente con l'Oratore. Ricorda la proposta di Lusena di sezionare il simpatico cervicale, la quale cosa non ha trovato però ancora una pratica attuazione.

Patogenesi degli incidenti da oleotorace.

Luzzatto-Fegiz. — L'O. prendendo lo spunto dalle numerose osservazioni cliniche pubblicate in questi ultimi anni sull'oleotorace, dalle quali risulta la relativa frequenza di complicazioni ed incidenti a piogenesi non sempre ben definita, legati a tale metodo di cura, riferisce sopra ricerche intraprese sui conigli allo scopo di studiare le reazioni che si manifestano in seguito alla introduzione di olio di oliva e di paraffina nel cavo pleurico. Ha osservato constantemente la comparsa di infiammazioni plueriche precoci ed abbastanza violente, caratterizzate da essudazione fibrinosa cui fa seguito un processo di organizzazione connettivale ad andamento rapido. Si formano così delle aderenze fibrose ed una ganga di connettivo irregolarmente distribuita sulla superficie polmonare, le quali bloccano il polmone collassato contro il mediastino. Istologicamente si nota un proceso di pachipleurite abbastanza precoce. al disopra della pleura fortemente ispessita, le masse di fibrina, intimamente commiste a goccioline di olio, si organizzano rapidamente, dando origine ad un tessuto a struttura areolare che ricorda il tessuto grassoso e nel quale è evidente una forte neoformazione di vasi. L'olio introdotto nel cavo pleurico ha inoltre la tendenza ad infiltrarsi al disotto della pleura mediastinica, diffondendosi talvolta al cavo pleurico del lato opposto. Questa osservazione trova perfetta corrispondenza in quanto è stato notato dal Cardi: in due infermi nei quali l'olio introdotto nel vaso pleurico aveva dato origine a dei paraffinomi mediastinici. Il riassorbimento dell'olio avviene in gran parte attraverso i vasi linfatici polmonari dei quali molti appaiono nelle sezioni colorate con Sudan III ripieni di olio. Quà e là si notano anche dei vasi venosi nel cui lume si risconoscono delle goccioline di olio.

L'O. dopo aver ricordato le ricerche di Waitz il quale iniettando l'olio puro senza aggiunta di gomenolo osservò costantemente reazioni pleuriche violenti negli animali da esperimento, è di avviso che in base ai risultati di queste esperienze sia errato considerare l'olio come sostanza indifferente verso la pleura. In realtà tanto l'olio di oliva che quello di paraffina sono dotati di un notevole potere flogogeno di fronte alla sierosa pleurica. Tali osservazioni rendono relativamente agevole l'interpretazione patogenica delle reazioni pleuriche (dolore, febbre, dispnea, pleurite sierofibrinosa, empiema) osservate nella maggioranza degli infermi dopo le iniezioni endopleuriche di olio ed erroneamente attribuite finora al gomenolo.

Più arduo invece riesce di interpretare il meccanismo delle perforazioni polmonari che complicano abbastanza di frequente l'oleotorace. Con grande probabilità uno dei principali fattori che favoriscono l'insorgenza di questa grave complicazione, è rappresentato dalle alterazioni della elasticità polmonare consecutiva al processo di pachipleurite irregolarmente distribuito sul polmone; a ciò si aggiunge il danno del trauma ispiratorio il quale, attraverso l'olio contenuto nel cavo pleurico, si trasmette in tutta la sua dannosa intensità al polmone collassato. Avviene così che mentre àlcune zone polmonari fissate da aderenze e bloccate dalle masse connettivali non possono dilatarsi, altre parti, meno alterate nella loro elasticità, subiscono nei movimenti respiratori una distensione esagerata e finiscono con il lacerarsi. Naturalmente questa evenienza è maggiormente favorita dalle gravi alterazioni della elasticità polmonare che sono legate alla presenza nel polmone di focolai specifici o di escavazioni sottopleuriche. Presenta qualche preparato istologico.

Mendes. — Ha pure sperimentato qualche anno fa la terapia oleotoracica, sopratutto in casi di pneumotorace sinfisario. Ha però avuto reazioni pleuriche moleste che lo dissuasero dal continuare nel metodo. Afferma che anche in Francia è diminuito l'entusiasmo per tale terapeutica.

Morelli. — È ancora contrario all'oleatorace. come lo è stato nel passato. A proposito della comunicazione del collega Luzzatto, ricorda una comunicazione di Binda il quale introduceva olio nella cavità pleurica di coniglio allo scopo di ottenere pleuriti.

Una delle più grandi complicazioni dell'oleotorace è indubbiamente la perforazione del polmone, da probabile rottura di aderenze verso il parenchima polmonare. Il paradosso si è che l'oleotorace venne appunto consigliato in casi di perforazioni nella speranza che l'olio venisse a chiudere la fistola polmonare. In realtà ciò non succede; anzi si possono avere gravissimi inconvenienti per l'inondazione delle vie bronchiali per opera dell'olio introdotto nella cavità pleurica. L'oleotorace da un lato non determina un completo collasso del polmone e dell'altro impedisce la guarigione della fistola stessa.

Trova interessante le ricerche dell'O. e pensa che il trasporto delle goccioline di olio sul tessuto polmonare possa avvenire per mezzo di piccole embolie oleose nel piccolo circolo, anzichè per passaggio diretto.

Luzzatto-Fegiz. — Si ripromette di approfondire le ricerche specie nei riguardi dell'interpretazione patogenica della perforazione polmonare che in base alle esperienze svolte non può esser enunciata che in forma ipotetica.

Risponde al prof. Mendes che in Francia, Küss uno dei più ferventi fautori dell'oleotorace, ne ha recentemente allargato le indicazioni nel cam-

po della tubercolosi polmonare, proponendo e attuando l'oleotorace fortemente compressivo.

Sopra una ventina di casi di infiltrati di Assmann.

ULISSE RABBIOSI. — Rievoca brevemente l'origine e lo sviluppo della «nuova dottrina» sull'inizio della tisi polmonare dell'adulto rapportandola alle recenti osservazioni clinico-radiologiche delle forme essudative in ispecie, dell'infiltrato precoce. Colla dimostrazione di una ventina di radiografie scelte fra quelle di pazienti ricoverati in quest'ultimo anno nell'Istituto Benito Mussolini, e con la relazione clinica dei casi che vi si riferiscono, vuol far rilevare come l'I. R. costituisca realmente una forma clinica-radiologica ben differenziale, il cui rilievo è di grande importanza ai fini della diagnosi precoce costituendo essa molto frequentemente l'inizio clinico di tisi a rapida evoluzione.

La sua patogenesi non essendo ancora chiarita il R. propone che invece di I. P. si debba più propriamente parlare di essudativo.

MORELLI E. — Si preoccupa del fatto che gli eccessivi entusiasmi per la c. d. nuova dottrina dell'I. R., diminuiscano il valore della semeiotica apicale per la diagnosi precoce della tubercolosi; non è del parere che la grande maggioranza delle infiltrazioni apicali tendono alla guarigione spontanea e non abbiano alcuna importanza per la origine della tisi nell'adulto. Accenna alla difficoltà anatomica di definire l'apice e contesta l'idea che ai vecchi clinici sia sfuggito il valore diagnostico delle regioni sottoclaveari nonchè la frequente localizzazione della tubercolosi essudativa in tali zone. In ogni caso, pur riconoscendo la portata pratica e scientifica dei nuovi contributi, specie radiologici, consiglia prudenza nel giudizio stante la relativa scarsità delle osservazioni cliniche e la quasi assoluta mancanza di dati anatomici.

MENDES. — Non sempre l'I. Pr. evolve verso la colliquazione e la caverna ma spesso esso si assorbe o lascia come reliquato cicatrici o muschi calcarei.

Non gli sembra giustificato quindi il termine di « infiltrato maligno » usato da alcuni autori moderni.

MONACO. — Accenna ai rapporti eventuali tra I. Pr. ed epitubercolosi sostenute da varie fonti. Egli sostiene che occorre invece tener distinte le 2 affezioni poichè le caratteristiche morfologiche-radiologiche sono diverse ed è costante il riassorbimento del focolaio di epitubercolosi. Cita il caso di un bambino tutt'ora in osservazione che accanto a una adenopatia tracheo-bronchiale estesa presenta un infiltrato iniziale sottoclaveare a sinistra.

RABBIOSI. — Ammette che una parte degli I. Pr. abbiano una evoluzione benigna, come è dimostrato da qualche caso personale; che molti altri invece e sopratutto gli « infiltrati figli » abbiano una evoluzione rapida. maligna ulcerativa ed esigano un pronto intervento collassoterapico quando questo è attuabile. È seguace delle idee di Assmann-Redeker circa la grande importanza diagnostica di questi infiltrati che spesso sono le prime manifestazioni unicamente radiologiche, della tisi evolutiva dell'adulto.

Anatomia patologica e patogenesi degli infiltrati di Assmann.

A. OMODEI-ZORINI. — Ricorda la grande scarsità delle osservazioni genuine tutt'ora segnalate, tra cui tipiche quelle di Rudlich e Reisman e Rubinstain e Pozarysky. Egli ha raccolto 2 casi al tavolo anatomico dei quali il primo, radiologicamente tipico, era rappresentato da un grosso nodo (ciliegia) di pneumonite caseosa situato nel terzo inferiore-posteriore del lobo superiore destro, circondato da una capsula connettivale e da 4 o 5 nodetti caseosi dello stesso tipo. Nessuna alterazione dei vasi linfatici verso l'ilo, dove si trovano due piccoli gangli calcificati. Anche le vie bronchiali medie e piccole del lobo superiore sovrastante al focolaio erano integre. All'apice si notavano numerosi noduli miliarici formati istologicamente da tubercoli fibrosi, di antica data, a sede perivascolare. A sinistra un'infiltrazione recente dell'apice con cavernula in formazione. Quest'ultima aveva dato origine ad un'emottisi mortale.

La lesione apicale destra risaliva a 2 anni prima quando l'a. era stato ricoverato al Sanatorio Cesare Battisti e curato per qualche mese con pneumotorace terapeutico, poi abbandonato dal paziente. Il caso va quindi interpretato come infiltrato sottoclaveare tardivo, simile a quello descritto dal Pagel.

Il secondo caso era dato da un quadro clinico di tisi galoppante della pubertà (paziente deceduto per una forma di broncopolmonite acuta tubercolare disseminata) a cui corrispondeva anatomicamente un focolaio caseoso del lobo superiore destro già colliquato e trasformato in una cavernola precoce, distante circa 3 cm. dall'apice e sormontato da un alto noto rotondo fibro-osseoso incapsulato (pisello) a diretto contatto con la parete stessa della caverna. Più in basso nel lobo inferiore e medio, focolai recenti di broncopolmonite caseosa confluenti in forma pseudolobare. Alla base del lobo sotto la pleura: un terzo nodo, piriforme calcificato. All'ilo una ghiandola fibro-caseosa, nessun ganglio calcarico. Istologicamente si osserva attorno al nodo subapicale e alla caverna precoce qualche tuberculo produttivo di data antica ma qualcuno ancora in fase attiva. Vie bronchiali e vasi sanguigni relativamente integri.

L'O. interpreta il nodetto calcificato sottopleurico con focolaio primario di Küss il nodo incapsulato incompleto come reinfetto di Puhl-Aschoff; la cavernula era derivata dal rammollimento di un infiltrato di frammento caseoso in diretta dipendenza delle lesioni apicali sovrastanti.

Sulla patogenesi non si pronuncia nè può pronunciarsi ancora, in modo definitivo. Pensa tuttavia anche in base alla propria esperienza che non sia unica per tutti i casi, ma che possa verificarsi ora una genesi apicale, ora una origine indipendenti dall'apice per rienfezione esogena o endogena da focolaio extrapolmonari.

Presenta e illustra le radiografie, i pezzi anatomici e i preparati istologici.

Il Segretario: A. OMODEI-ZORINI.

RIVISTE SINTETICHE

ISTITUTO DI RADIOLOGIA E TERAPIA FISICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PERUGIA
diretto dal prof. EUGENIO MILANI.

Lesioni da elettricità

(con speciale riguardo alle lesioni prodotte da apparecchi elettromedicali).

Prof. BRUNO BELLUCCI, aiuto.

(*Continuazione; vedi num. prec.*).

Le *correnti ad alta frequenza*, introdotte in terapia del D'Arsonval, sono strettamente connesse, per il loro principio teorico, alle correnti statiche indotte del Morton, come più sopra abbiamo visto. Fu il D'Arsonval infatti che nel 1888 scoprì che la eccitabilità muscolare diminuisce con l'aumentare del numero delle eccitazioni nella unità di tempo, di modo che possono riuscire innocue per l'uomo delle correnti di una tensione ed intensità tale da riuscire sicuramente mortali se si trattasse di correnti alternate a bassa frequenza. In pratica però esistevano grandi difficoltà per ottenere quel grandissimo numero di interruzioni della corrente, necessario per il passaggio delle correnti indotte di Morton senza effetto di contrazione muscolare.

La soluzione di questo problema fu trovata dall'ingegnere americano Tesla, il quale, aggiungendo una spirale di self-induzione (solenoide) al dispositivo analogo a quello usato per ottenere le correnti di Morton, riuscì ad ottenere delle correnti interrotte con una frequenza elevatissima, di un milione per secondo e più. Il D'Arsonval modificò ancora l'apparecchio ideato dal Tesla, riunendo, mediante un solenoide, le armature esterne dei due condensatori. Le correnti di alta frequenza sono dunque prodotte dalla scarica di condensatori attraverso un circuito chiamato oscillante. Questo circuito oscillante è quindi essenzialmente composto di due condensatori che si caricano per mezzo di una sorgente di elettricità ad alta tensione e che si scaricano in una self o solenoide di scarsa resistenza, per mezzo di uno scaricatore. La figura 1 rappresenta lo schema del circuito oscillante, quale fu ideato dal D'Arsonval. Per la carica dei condensatori ogni sorgente di elettricità ad alto potenziale può servire. Però la macchina elettrostatica dà un rendimento assai scarso, ed è preferibile ricorrere all'uso di bobine di Rumkorff, o di trasformatori su corrente alternata. I condensatori si scaricano appena la loro carica è divenuta superiore alla resistenza del circuito, e la scarica è oscillante a condizione che la resistenza del circuito sia debole. Di qui l'importanza dello scaricatore: la scintilla che avviene infatti fra le superfici dello scaricatore chiude automaticamente il circuito di scarica allorchè il potenziale dei condensatori è divenuto superiore alla resistenza. Istantaneamente dopo il passaggio della scintilla il circuito si trova di nuovo aperto, ed una nuova scintilla può avvenire, e così di seguito, con la cadenza delle fasi della corrente alternata, che per mezzo del trasformatore, carica i condensatori. Le onde prodotte in questo circuito oscillante sono rapidamente smorzate, perchè la scintilla offre una grande resistenza nel circuito. Modificando gli scaricatori, e cioè aumentandone la superficie di scintillazione, si sono ottenute onde molto meno smorzate, e quindi tali da permettere una maggiore utilizzazione di intensità. Vedremo in seguito che sostituendo lo scaricatore con un triodo, si è poi riusciti ad ottenere delle onde completamente ritenute.

Le correnti di alta frequenza circolanti nel solenoide sono state utilizzate in vari modi per uso medico; precisamente le applicazioni possono essere di due tipi: di quantità e di tensione.

Fig. 1

Le *applicazioni di quantità* sono varie, ma però hanno tutte le caratteristiche di un potenziale non molto elevato, e di una considerevole intensità. Una fra esse è la applicazione diretta, in cui il circuito di utilizzazione è preso direttamente ai due capi del solenoide su cui si scaricano i condensatori, ed è fatto attraversare il corpo del malato, utilizzando elettrodi ordinari. La regolazione della corrente in questo caso si ottiene graduando il numero di spire del solenoide introdotte in parallelo con l'ammalato; prendendo la corrente ai due estremi del solenoide si ottiene il massimo effetto, mentre l'effetto diminuisce prendendo la corrente ad un estremo del solenoide e ad una spira intermedia. Questo metodo di utilizzazione della corrente ad alta frequenza rappresenta il principio del metodo diatermico; vedremo infatti che gli apparecchi di diatermia sono costruiti su questo principio, solo presentando modificazioni costruttive specialmente per quanto riguarda il circuito di utilizzazione nel malato.

Un secondo metodo di applicazione di quantità, ma indiretto, è dato dalla gabbia del D'Arsonval. Il metodo consiste in questo: che il piccolo solenoide in cui avvengono le scariche elettriche oscillatorie dei condensatori è sostituito da un grandissimo solenoide disposto verticalmente, in cui l'ammalato può stare in piedi o seduto. Il paziente, pur essendo completamente isolato dalla spirale di self, si carica per induzione di correnti di alta frequenza (autoconduzione), il che può es-

sere dimostrato dal fatto che una lampadina elettrica, tenuta fra le mani del paziente, si accende durante il funzionamento dell'apparecchio.

Un terzo metodo di applicazione diretta di quantità è dato dal metodo di condensazione. In esso il malato viene fatto distendere su di un letto formato da un piano metallico su cui trovasi un materasso isolante. Il piano metallico del letto è messo in comunicazione con uno degli estremi del piccolo solenoide, mentre il malato è in comunicazione con l'altro estremo del solenoide o con una delle spire intermedie. Il corpo del malato viene quindi a costituire una delle due armature di un condensatore; l'altra armatura è costituita dal piano metallico del letto, ed il materasso isolante costituisce il dielettrico del condensatore. Questa è la ragione per cui tale metodo di applicazione va sotto il nome di condensazione.

Le *applicazioni di tensione* (potenziale molto elevato, intensità debole) vengono eseguite in genere mediante un apparecchio atto ad aumentare la tensione circolante nel piccolo solenoide. Questo apparecchio è il risonatore di Oudin, composto di un lungo solenoide, di cui la parte inferiore è connessa alle armature esterne dei due condensatori, analogamente al piccolo solenoide del D'Arsonval, mentre la parte superiore, più lunga dell'inferiore, termina con un capo libero. Durante il funzionamento dell'apparecchio le correnti oscillanti che circolano nella porzione inferiore del solenoide provocano, per fenomeni di induzione e risonanza elettrica, una corrente di alta frequenza e di alta tensione, che viene raccolta alla estremità superiore del solenoide.

Invece del risonatore di Oudin può essere usato il trasformatore di Tesla, in cui i due circuiti del solenoide sono separati elettricamente fra loro, in modo analogo ai comuni trasformatori. In questo tipo di trasformatore di Tesla il polo inferiore del secondario è messo a terra, mentre il polo superiore è utilizzato per la raccolta della corrente ad alta tensione e ad alta frequenza. Questa corrente può essere applicata al corpo del paziente sotto forma di effluvio o di scintillazione, a seconda che l'elettrodo è più o meno vicino alla superficie cutanea del paziente. Molto usati a questo scopo sono gli elettrodi di Mac Intyre (elettrodi condensatori formati da tubi od ampolle di vetro in cui è stato fatto il vuoto), dai quali si ottengono scintille frequentissime e molto efficaci.

La *diatermia* non è dunque che una applicazione di quantità delle correnti di alta frequenza che circolano nel piccolo solenoide del D'Arsonval, ed ha questo nome a causa dell'effetto termico che le correnti elettriche ad alta frequenza producono attraversando i tessuti. Gli apparecchi di diatermia sono costituiti in genere di un trasformatore statico monofase (immerso o no in olio, ma sempre rigorosamente isolato fra primario e secondario) destinato a trasformare la corrente alternata stradale a bassa tensione in corrente alternata ad alta tensione. La corrente stradale viene immessa nel primario del trasformatore direttamente senza resistenze intermedie; l'intensità che circola nel primario, a circuito secondario aperto, è minima a causa della forza controelettromotrice che subito si sviluppa e che tende ad annullare la corrente primaria (vedi capitolo precedente sui trasformatori per raggi X). La corrente fornita dal secondario del trasformatore ha di solito un potenziale di circa 2000 volta, e viene immessa in un circuito di eccitazione costituito da uno o due condensatori, da una self-induzione e da uno spinterometro nel quale si generano le correnti di alta frequenza per mezzo del frequentissimo scoccare delle scintille. Lo spinterometro generalmente usato negli apparecchi da diatermia è del tipo a scintilla smorzata, e consta principalmente di due dischi metallici (in genere di tungsteno od altro metallo di difficile fusibilità) a faccie rigorosamente parallele, dischi tenuti fra loro a distanza di circa un decimo di millimetro, fra i quali scoccano le scintille. Fino a questo punto l'apparecchio per diatermia è completamente eguale al dispositivo usato dal D'Arsonval per le applicazioni di quantità delle correnti ad alta frequenza. Ma mentre in questo il circuito di utilizzazione è derivato direttamente ai capi del solenoide, negli apparecchi per diatermia il circuito di utilizzazione è completamente separato dal circuito del solenoide e dei condensatori. Precisamente in vicinanza del solenoide primario è situato un solenoide secondario, che riceve per induzione le stesse oscillazioni del solenoide primario, e che, munito di un apparecchio di misura (amperometro a filo caldo) rappresenta il circuito del paziente. Questi è dunque completamente indipendente dalla corrente ad alta tensione prodotta dal trasformatore, corrente che circola solo nello spinterometro, nel condensatore e nel solenoide primario. Questo doppio circuito si è reso necessario per evitare la possibilità che potesse giungere al paziente la pericolosissima corrente ad alta tensione fornita dal trasformatore. L'avvicinamento o l'allontanamento del circuito secondario, chiamato anche circuito del paziente, dal circuito primario, che rappresenta il piccolo solenoide del D'Arsonval, provoca un aumento od una diminuzione dell'intensità di corrente ad alta frequenza che circola nel circuito secondario o del paziente. Questo è il metodo di regolazione in uso oggi nella massima parte degli apparecchi.

In alcuni tipi di apparecchi (Veifa, Medizinische Tecnische Company, Reiniger Gebbert e Schall), oltre ai due circuiti già ricordati, esiste anche un terzo circuito, simile a quello del paziente, e completamente indipendente dagli altri due. Questo terzo circuito (vedi figura 2) consiste in una self simile a quella del circuito secondario, i cui capi sono chiusi attraverso una o più lampade ad incandescenza. Questa self è disposta in modo che essa viene automaticamente a trovarsi vicina al circuito primario quando il circuito secondario ne è lontano, e viceversa. Ciò si è ottenuto disponendo la self del paziente e quella di scarica sullo stesso asse girevole in modo che necessariamente una delle due self suddette deve trovarsi sempre in vicinanza della self primaria.

Questo dispositivo ha lo scopo di assorbire nelle lampade ad incandescenza la energia ad alta frequenza che si produce nel circuito primario, allorchè questa non può essere assorbita dal circuito secondario perchè aperto od allontanato eccessivamente. Si evita con tale dispositivo il fortissimo riscaldamento dei condensatori, dello spinterometro e dei conduttori, riscaldamento che si verifica quando l'energia ad alta frequenza prodotta nel primario, non viene assorbita ed utilizzata da altri circuiti. Vedremo in seguito che tale dispositivo rappresenta anche un notevole coefficente di sicurezza.

Gli apparecchi di diatermia, costruiti nel modo sopra detto, producono delle oscillazioni smorzate, sebbene incompletamente. A ciò è da attri-

buirsi la sensazione faradica che spesso si ha con tali apparecchi. I costruttori si sono quindi dedicati alla costruzione di apparecchi diatermici atti a fornire onde completamente ritenute. Uno di questi apparecchi è rappresentato dall'apparecchio Simon, poco diffuso ed usato, in cui, nel luogo dello spinterometro, trovasi l'arco di Poulsen che impedisce lo smorzamento dei treni d'onda. Ma la

Fig. 2

miglior soluzione di apparecchi ad onde completamente ritenute è data dalla utilizzazione delle lampade triodi, come produttrici di oscillazioni, analogamente a quanto si fa in radiotelegrafia e radiotelefonia. Lo schema teorico di un oscillatore a lampade è il seguente (vedi figura 3): E rappresenta la sorgente di energia elettrica necessaria per portare alla temperatura voluta il filamento del triodo. Questo filamento F è riunito alla griglia G per mezzo di una self S, accoppiata in senso inverso alla self S^1 del circuito oscillante S^1 C^1 posto nel circuito di placca; C rappresenta un piccolo condensatore, shuntato da una resistenza R, destinato a determinare una posizione normalmente negativa del potenziale di griglia; E^1 è la sorgente dell'energia elettrica che determina il potenziale iniziale di placca e che fornisce l'energia al circuito oscillante ed al circuito di utilizzazione; S^2 rappresenta la self di utilizzazione, accoppiata per induzione alla self S^1 del circuito oscillante, analogamente agli apparecchi di diatermia con spinterometro. Il funzionamento di questo circuito è molto semplice. Va innanzi tutto ricordato che le due self S ed S^1 sono accoppiate rispettivamente in senso inverso, e perciò quando il potenziale della placca tende ad aumentare, quello della griglia tende a diminuire, e così inversamente. Premesso questo, supponiamo che il potenziale della placca tenda ad aumentare in seguito all'aumento della corrente filamento-placca. Contemporaneamente allora il potenziale della griglia tende a diminuire, il che porta per conseguenza un abbassamento del potenziale di placca. Ma abbassandosi il potenziale di placca, cresce quello di griglia, e ciò produce di nuovo un aumento del potenziale di placca. Così di seguito

Fig. 3

alternativamente, in modo da ottenere oscillazioni frequentissime nella corrente filamento-placca. La frequenza delle oscillazioni, che varia da mezzo milione a due milioni al secondo, è determinata dai valori della self S^1 e del condensatore C^1 del circuito di placca.

In pratica le sorgenti di energia E (destinata alla accensione del filamento) ed E^1 (destinata a produrre la corrente filamento-placca) sono costituite da trasformatori alimentati dalla corrente stradale alternata. La corrente secondaria da questi erogata, prima di essere immessa nei circuiti di utilizzazione, viene raddrizzata e trasformata in continua per mezzo di un sistema di valvole e condensatori, in modo analogo a quanto abbiamo detto a proposito dei trasformatori per raggi X. Nella pratica poi, allo scopo di ottenere maggiori quantità di corrente circolanti nella self, vengono accoppiate più lampade in parallelo fino a raggiungere l'intensità voluta. Il rendimento di questi apparecchi è molto notevole, dato che essi forniscono onde completamente ritenute, a frequenza elevatissima, sebbene il potenziale usato sia molto minore di quello che si ha con gli apparecchi ad onde smorzate. Questi apparecchi hanno anche il vantaggio di un funzionamento completamente silenzioso, privo del tutto di sensazione faradica.

Accennato così rapidamente ai princìpi teorici e costruttivi degli apparecchi di alta frequenza, dei quali la diatermia non è che uno dei metodi di applicazione oggi più usato in pratica (tanto che da molti è stato proposto di sostituire il nome di « diatermia » con quello di « D'Arsonvalizzazione diatermica » o di « alta frequenza diatermica » o di « alta frequenza intensiva ») dobbiamo ora occuparci degli effetti biologici delle correnti di alta frequenza, ed infine delle lesioni che tali correnti, e gli apparecchi che le producono, possono provocare nell'organismo.

L'azione biologica delle correnti di alta frequenza è del tutto diversa da quella esercitata dagli altri tipi di corrente elettrica, perchè, appunto a causa delle frequentissime interruzioni, non producono fenomeni sensoriali, nè fenomeni chimici, nè contratture muscolari. Producono invece dei fenomeni fisici di induzione e di rapide variazioni magnetiche ed elettriche; in caso di applicazione diretta, penetrando nell'organismo, si trasformano in calore nell'interno dei tessuti da esse attraversati (donde il nome di diatermia, o di termopenetrazione). Nelle applicazioni indirette di alta frequenza (autoconduzione con la gabbia del D'Arsonval; condensazione con il letto condensatore) il malato è percorso da correnti indotte di grande frequenza e notevole intensità, e, come risultato, si ha un notevolissimo acceleramento del metabolismo, che si manifesta su tutti gli organi ed apparati, con modificazione della termogenesi. Nelle applicazioni dirette (effluvio e scintillazione) si hanno azioni più localizzate, e soprattutto manifeste nell'apparato vasomotorio; specialmente nella scintillazione, oltre fatti di vasocostrizione e di vasodilatazione, si hanno effetti locali necrotici e distruttivi sulle zone cutanee colpite dalle scintille. Ma l'applicazione diretta che più interessa, perchè oggi più usata, è l'applicazione diatermica Nella diatermia la azione biologica più manifesta è data dall'elevazione della temperatura nell'interno dei tessuti che la corrente stessa attraversa. Questa variazione di temperatura dipende dal fatto che l'elettricità si trasforma in calore nell'interno dei tessuti stessi. Però tale trasformazione non segue esattamente la legge Joule per le seguenti ragioni: 1) perchè la resistenza del nostro organismo è varia essendo rappresentata dalla somma delle varie resistenze dei tessuti; 2) perchè esiste un sistema circolatorio che tende a disperdere il calore generato in un dato punto; 3) perchè esistono dei centri termoregolatori; 4) perchè la resistenza dei tessuti diminuisce col riscaldamento (fenomeno molto importante perchè completamente inverso a quello che si verifica nei conduttori metallici; 5) perchè la resistenza dei tessuti va diminuendo con l'aumentare della frequenza della corrente. Ma la produzione di calore nell'interno dei tessuti non è il solo effetto delle correnti diatermiche; bisogna anche considerare l'azione speciale delle oscillazioni di alta frequenza sulla vitalità cellulare, azione che indubbiamente deve essere perturbatrice sull'equilibrio elettronico cellulare, con modificazioni nella vitalità, nella nutrizione cellulare, e nel ricambio, attraverso modificazioni nei fenomeni osmotici.

Riassumendo brevemente gli effetti biologici prodotti dalla diatermia sono rappresentati per la massima parte dalle conseguenze dell'aumento di temperatura dei tessuti (ipertermia, sudorazione, accelerazione respiratoria, aumento della diuresi, aumento delle sostanze disciolte nelle orine, ecc.) effetti questi che si verificano in ogni organismo in cui venga apportato, in modo uniforme e continuo, un numero esuberante di calorie. Oltre a questi effetti biologici dipendenti dal calore, vi sono poi degli effetti in cui bisogna ammettere, oltre l'azione calorifica diretta ed indiretta (attraverso una maggiore irrorazione sanguigna) anche una azione diretta sulle cellule e sui tessuti delle oscillazioni di alta frequenza (aumento del tasso emoglobinico, del numero dei globuli rossi, azione sedativa sul sistema nervoso, miglioramento del trofismo, iperattività ghiandolare endocrina, specialmente tiro-ovarica).

Questi effetti biologici della diatermia costituiscono il fondamento delle applicazioni mediche della diatermia stessa, e giustificano l'enorme sviluppo preso in terapia fisica da tale agente. Ma gli effetti biologici suddetti presumono un fatto: che la temperatura prodotta dalla corrente diatermica non vada al di là di un certo limite, oltre il quale, invece di effetti benefici, si producono effetti lesivi a causa della coagulazione delle albumine cellulari. Questi effetti lesivi da eccessivo calore sono quasi impossibili a verificarsi in applicazioni estese eseguite con vasti elettrodi (naturalmente se correttamente applicati) anzitutto perchè il torrente circolatorio provvede ad allontanare dalla zona diatermizzata l'eccessivo calore prodotto distribuendolo a tutto l'organismo, ed in secondo luogo perchè, al di là di un certo riscaldamento, si producono nella zona diatermizzata dei crampi muscolari dolorosi che costituiscono quasi un segnale d'allarme. Gli effetti lesivi da eccessivo calore e da conseguente coagulazione delle albumine sono invece ricercati ed usati in Chirurgia, a scopo di distruzione di tessuti patologici.

Tale applicazione chirurgica della diatermia (diatermocoagulazione) è oggi molto in voga, perchè offre grandi vantaggi sul bisturi e sulla elettrocoagulazione. Sul bisturi offre il triplo vantaggio: 1) dell'assenza di emorragie; 2) della sterilizzazione dei tessuti; 3) che il distacco dei tessuti coagulati è tardivo e senza emorragie (il che permette ad es. di praticare una gastroenterostomia senza aprire, durante l'atto operativo, le cavità gastriche ed intestinali delle quali vengono solamente coagulate le pareti nel punto ove dovrà verificarsi l'anastomosi). Sulla elettrocoagulazione offre il vantaggio di una spiccata azione in profondità per cui è possibile, con adatta tecnica, la coagulazione contemporanea ed a tutto spessore di grosse masse di tessuti patologici, cosa impossibile ad ottenersi prima dell'uso della diatermia.

Prima di parlare dell'argomento delle lesioni dell'organismo da parte di correnti ad alta frequenza e di apparecchi destinati a produrle, dobbiamo fare una premessa sul significato della parola *lesione* ». Noi intendiamo per *lesioni* le alterazioni dell'organismo o dei tessuti singoli che abbiano il carattere della involontarietà completa, o della involontarietà parziale, nel senso del sorpassamento di limiti lesivi voluti e stabiliti dal criterio terapeutico. Più precisamente per *lesione* vera e propria va quindi inteso un fatto lesivo anatomico o funzionale, inaspettato ed involontario, che si verifica durante un procedimento terapeutico (ad es. bruciatura della cute durante una applicazione diatermica a scopo medico; oppure scarica elettrica a bassa frequenza durante una applicazione diatermica), oppure un fatto lesivo anatomico, involontario, superiore per intensità, estensione o durata ai limiti di una lesione che si vuole produrre a scopo terapeutico (ad es.

diatermocoagulazione eccessivamente profonda di un cancro cutaneo, tale da produrre la necrosi dell'osso sottostante; oppure diatermocoagulazione troppo profonda di una tonsilla, tale da produrre la coagulazione della parete dei grossi vasi vicini, ed emorragie secondarie).

Precisato così il significato che noi vogliamo attribuire alla parola *lesione* dobbiamo tener presente che, nella produzione di lesioni, si possono verificare due casi:

1) lesioni provocate da apparecchi in funzionamento normale, tali quindi da poter essere prodotte, in modo identico, da altri apparecchi simili normalmente funzionanti;

2) lesioni provocate da improvvisi accidentali guasti verificatisi negli apparecchi stessi.

Le lesioni di cui al N. 1 ricadono come responsabilità, ed in linea di massima generale, e salvo alcune eccezioni (dovute in genere a speciali condizioni dell'organismo del paziente), sul Sanitario che esegue l'applicazione terapeutica. Invece le lesioni di cui al N. 2 non possono in genere ricadere come responsabilità sul Sanitario, a meno di casi eccezionali, di cui ci occuperemo in seguito ritornando sull'argomento delle responsabilità in modo più esauriente. Va infine detto che questi concetti relativi al significato della parola *lesioni* sono comuni anche alle lesioni prodotte da tutti gli altri apparecchi elettromedicali di cui prima ci siamo occupati.

Tornando all'argomento speciale delle lesioni dell'organismo da parte di correnti ad alta frequenza e degli apparecchi destinati a produrle, dobbiamo anzitutto distinguere i vari tipi di utilizzazione di dette correnti.

I metodi di autoconduzione, condensazione ed effluvio non possono in alcun modo generare lesioni dirette od indirette dell'organismo, trattandosi in essi di una azione lenta, generica e diffusa sull'organismo, con assenza di azioni localizzate. Il metodo della scintillazione provoca invece delle lesioni esclusivamente cutanee, dovute ad ustione del punto della cute colpito dalle scintille, con formazione di necrosi cutanea, flittene ed escare. Ma tali lesioni sono volontarie, in genere destinate a distruggere tessuti patologici, e quindi non debbono essere prese in considerazione come lesioni vere e proprie nel senso che abbiamo stabilito.

Il metodo diatermico di utilizzazione delle correnti ad alta frequenza, in condizioni di normale funzionamento dell'apparecchio, può produrre delle lesioni che consistono, quasi in totalità, in ustioni. Queste possono verificarsi per varie ragioni: 1) difettoso contatto degli elettrodi con la cute, e ciò nel caso di applicazioni a scopo medico, ed in questo caso si tratta di ustioni completamente indesiderate ed inaspettate; 2) per troppo forte intensità di corrente, nel caso di applicazioni a scopo chirurgico (diatermocoagulazione), ed in questo caso si tratta di ustioni tali, per vastità, profondità ed intensità, da sorpassare gli effetti ustori che si volevano volontariamente ottenere; 3) per eventuale contatto di una parte del corpo del paziente con un oggetto elettricamente congiunto a terra, durante l'applicazione diatermica; 4) per eventuale contatto fra la cute di due punti del corpo, tale da rendere più breve il decorso della corrente diatermica.

Ma oltre alle ustioni la diatermia può produrre delle lesioni di carattere vario, in relazione soprattutto a speciali stati patologici dell'organismo. Ed innanzi tutto va fatta la domanda: può la diatermia riuscire pericolosa per eccessivo riscaldamento dell'organismo? Le esperienze eseguite su cani hanno dimostrato che si può spingere l'aumento della temperatura del corpo, ottenuto con la diatermia, sino a provocare la morte per effetto termico. Ma nell'uomo non può sussistere tale timore per varie ragioni. Anzitutto il volume del corpo umano è molto più grande di quello del cane, e quindi è molto più grande il numero di calorie necessario per produrre l'aumento della temperatura. In secondo luogo il cane ha un apparato termoregolatore molto meno efficace di quello dell'uomo. Da ultimo va tenuto presente che l'uomo può esprimere le proprie sensazioni, avvertendo in tempo utile ogni sensazione di malessere che inevitabilmente accompagna l'ipertermia.

Fortunatamente anche nelle applicazioni localizzate alle estremità una speciale sensazione di stiramento interno doloroso (dolore diatermico) sempre costante, (ad eccezione che negli individui che presentano disordini della sensibilità) avverte che l'aumento della temperatura sta per diventare eccessivo.

In alcuni casi la diatermia può provocare dei fenomeni di collasso, non gravi e che rapidamente svaniscono, per ragioni non bene precisate, probabilmente a causa di speciali riflessi. Ciò si verifica specialmente in casi di applicazioni a bassa intensità sul condilo mediale della tibia (Bucky) con piccolo elettrode attivo di pochi centimetri quadrati di superficie. Inoltre la diatermia può provocare lesioni, se applicata in alcuni casi speciali: ad es. nelle appendiciti acute, nelle malattie che tendono alle emorragie (ulceri gastriche; tubercolosi polmonare a tipo emoftoizzante), nelle emofilie, nel periodo mestruale, nella arteriosclerosi cerebrale. In quest'ultimo caso specialmente pericolosa, più che la diatermia, può riuscire l'applicazione di alta frequenza eseguita mediante un solenoide avvolgente il capo del paziente, e ciò a causa della grande dilatazione dei vasi e del forte aumento di circolazione.

Tutte queste lesioni da diatermia, in condizioni di normale funzionamento dell'apparecchio produttore della corrente diatermica, possono in genere essere evitate mediante la attenzione, la prudenza e l'esperienza del Medico elettroterapista.

Ma lesioni gravi possono prodursi anche per accidentali ed improvvisi guasti degli apparecchi per alta frequenza e specialmente per diatermia. Infatti in questi apparecchi, come abbiamo visto, la corrente elettrica che deve assumere il carattere oscillatorio ad alta frequenza è generata da un trasformatore che riceve direttamente la corrente alternata stradale a bassa tensione e la restituisce ad un voltaggio elevato di circa 2000 volta. Tale tensione elevata è necessaria perchè avvenga la produzione di scintille fra le superfici piatte dello spinterometro, scintille su cui è basata la produzione delle correnti di alta frequenza. Unica eccezione è rappresentata dagli apparecchi di diatermia a lampade triodi, nei quali non vi è corrente ad alta tensione, perchè l'oscillazione di alta frequenza è generata dai triodi stessi e non vi è spinterometro.

Questi apparecchi possono dunque produrre lesioni dovute alla corrente elettrica, solamente se una persona entri in contatto della corrente elettrica ad alta tensione ed a bassa frequenza fornita dal trasformatore. Negli apparecchi da diatermia questo contatto non può verificarsi, in condizioni normali dell'apparecchio, perchè gli unici conduttori di corrente ad alta tensione e a bassa frequenza che provengono dal secondario del trasfor-

matore, e che, per necessità di manovra si trovano all'esterno, sul piano dell'apparecchio, sono sempre protetti da una gabbia metallica che impedisce qualsiasi contatto con i pezzi metallici percorsi dalla corrente elettrica ad alta tensione.

In alcuni apparecchi (Siemens, ecc.) tale gabbia metallica è disposta in modo che non solo impedisce ogni contatto con lo spinterometro durante il funzionamento, ma interrompe automaticamente il circuito primario quando la gabbia stessa viene tolta dalla sua sede normale. Il contatto con la corrente ad alta tensione ed a bassa frequenza è quindi normalmente impossibile a verificarsi.

Rimane solamente una seconda ipotesi, che però, per verificarsi, richiede l'esistenza di un guasto nell'apparecchio: che cioè si verifichi un accidentale contatto, nell'interno dell'apparecchio, fra il circuito del paziente ed il circuito primario del trasformatore, circuiti che normalmente sono del tutto indipendenti ed isolati rigorosamente fra loro. Come può avvenire questo caso? Tutti i giornali politici hanno riferito la mortale disgrazia verificatasi nel gabinetto di un medico milanese, nello scorso febbraio, in seguito ad un improvviso guasto dell'apparecchio per diatermia. Questo Medico stava dimostrando ad alcuni suoi ospiti il funzionamento degli apparecchi istallati nel suo Studio. Una signorina presente volle provare la sensazione di calore prodotto dalla diatermia per mezzo di manopole strette nelle due mani, come aveva visto fare in precedenza ad altra signorina; il Medico chiuse i circuiti, e la signorina cadde a terra fulminata, nè vi fu alcun mezzo di poterla richiamare in vita. Cosa era avvenuto? Era avvenuto che il circuito, che faceva capo alle manopole tenute in mano dalla disgraziata signorina, era entrato in contatto con il circuito del secondario del trasformatore, lanciando così nel corpo della vittima la corrente a bassa frequenza ed alta tensione di circa 2000 volta, con immediato risultato mortale. Questo contatto si era potuto verificare per lo spezzarsi di un filo del circuito del paziente, e per l'accidentale contatto dell'estremo di questo filo spezzato con il circuito secondario del trasformatore, su cui era caduto. Il caso è rarissimo a verificarsi, perchè, quand'anche si ripetesse con frequenza il caso già raro dello spezzarsi di un filo, occorre che questo filo caschi proprio col suo estremo (come è avvenuto nel caso di Milano) sui morsetti del secondario del trasformatore. Ma come può avvenire che uno dei fili del circuito del paziente si spezzi? Può avvenire perchè, come si è detto, la regolazione della intensità della corrente diatermica nel circuito del paziente si produce avvicinando od allontanando la self del circuito del paziente dalla self del circuito del secondario. E naturalmente, per permettere questi movimenti della self, occorre che essa sia collegata alla parte fissa del circuito mediante due cordoni elettrici flessibili. Ma questi cordoni elettrici flessibili (in genere treccia di fili sottilissimi di rame, bene isolata esternamente con gomma) nel punto del loro attacco con la self e con il conduttore fisso, vanno soggetti a flessioni e controflessioni ripetute, che, a lungo andare, possono provocare la rottura dei vari capi della treccia, sino a che questa finisce con lo spezzarsi totalmente e per cadere. Vi sono naturalmente vari mezzi per impedire che tale inconveniente abbia a verificarsi. Anzitutto l'abitudine di revisioni periodiche degli apparecchi elettromedicali da parte di veri tecnici specializzati, i quali conoscono i punti deboli dei vari apparecchi, e, constatando logorii iniziali nei conduttori, od altri guasti iniziali, provvedono alla riparazione prima che si verifichino incidenti. In secondo luogo è consigliabile l'uso di apparecchi a lampade triodi nei quali non esistono correnti ad alta tensione. In terzo luogo è utile l'adozione di piccoli dispositivi atti ad impedire la caduta del filo eventualmente spezzato ed il possibile contatto con il secondario del trasformatore (filo conduttore flessibile sorretto da cordone di seta, od incamiciato di tessuto di seta, avente lo scopo di sorreggere il conduttore eventualmente spezzato nella sua parte metallica; piano di fibra o di bachelite, disposto orizzontalmente al disotto della self mobile ed al di sopra del trasformatore, in modo da dividere l'interno dell'apparecchio in due piani, e da impedire che un filo della self, spezzandosi, possa cadere sul trasformatore; conduttori che portano la corrente dal trasformatore allo spinterometro protetti nel loro decorso da una gabbia od altro dispositivo che ne impedisca l'avvicinamento con altri conduttori). Voglio ricordare infine che l'adozione del terzo circuito (circuito di scarica su lampade ad incandescenza, tipo Reiniger, Veifa, ecc.) contribuisce ad evitare incidenti, perchè diminuendo il riscaldamento eccessivo dei conduttori dei circuiti secondario e del paziente, ne prolunga la durata e la resistenza meccanica alle flessioni ripetute, ed impedisce la eventuale fusione, per riscaldamento eccessivo, del conduttore mobile nel punto in cui questo fosse cominciato a spezzarsi ed offrisse quindi maggior resistenza al passaggio della corrente.

Da quanto abbiamo esposto appare chiaramente che i pericoli offerti dalla diatermia sono gli stessi offerti dagli apparecchi produttori di corrente ad alta tensione per raggi X. Si tratta cioè sempre di pericoli inerenti alla corrente elettrica alternata a bassa frequenza ed a tensione elevata, corrente che è sempre molto pericolosa per il nostro organismo.

Dovendo fare un paragone fra la pericolosità degli apparecchi per diatermia e quella degli apparecchi per raggi X, dobbiamo fare queste constatazioni:

La diatermia è più pericolosa a causa del voltaggio speciale della corrente elettrica a bassa frequenza che è prodotta dal trasformatore. Tale voltaggio non elevatissimo è fra i più pericolosi per l'organismo, come vedremo nel capitolo seguente, in cui parleremo delle lesioni da corrente elettrica. È più pericolosa anche perchè la corrente primaria è immessa nel trasformatore direttamente senza alcuna resistenza, e quindi il secondario può erogare notevolissime quantità di energia.

Gli apparecchi per raggi X sono relativamente meno pericolosi a causa delle tensioni molto più elevate prodotte (100-200 Kilovolta); queste tensioni si sono dimostrate quasi sempre meno lesive. Sono anche meno pericolosi perchè in genere la corrente primaria viene immessa nel trasformatore attraverso resistenze ohmiche, che limitano in parte la possibilità di erogazione della corrente secondaria.

Di fronte a questi fatti va però considerato che, mentre negli apparecchi per raggi X la corrente ad alta tensione si trova facilmente a portata di mano per mezzo dei vari conduttori destinati ai tubi radiologici, negli apparecchi per diatermia invece non è possibile entrare in contatto con la corrente ad alta tensione, a meno di un guasto accidentale, condizione di cose molto rara a verificarsi, tanto da potersi considerare eccezionale.

(Continua).

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Diagnosi di localizzazione nei tumori cerebrali. Fenomeni che possono far errare la diagnosi.

C. E. Dowman e W. A. Smith (*Journ. Americ. Medic. Assoc.*, 31 gennaio 1931), su 183 casi di neoplasma intracranico, ne hanno avuto 24 che presentavano fenomeni atti a confondersi per la diagnosi di localizzazione.

Tumori cerebrali con fenomeni omo e bilaterali. In un caso di tumore del lobo frontale destro c'era edema della papilla destra e atrofia primaria dell'ottico a sinistra. Foster Kennedy aveva osservato l'inverso: atrofia dell'ottico omolaterale ed edema della papilla controlaterale. In un altro tumore frontale destro si aveva sensazione di freddo nella metà D. del corpo. Parestesie omolaterali aveva un altro malato con tumore del lobo parietale destro. In un caso di tumore del lobo temporale sinistro c'era paralisi motoria omolaterale.

I disturbi motori omolaterali si possono spiegare coll'idrocefalo controlaterale e colla compressione controlaterale della corteccia.

Tumori sopratentoriali che simulano tumori cerebellari. 11 volte su 140 casi ci furono disturbi cerebellari; si trattava di atassia, di adiadococinesi, di mancanza d'equilibrio nella stazione eretta in casi di tumore di un lobo frontale, di disturbo del senso di posizione, adiadococinesi, segno di Romberg in casi di *tumore del lobo parietale.* In casi di *tumore del lobo temporale* si ebbe tendenza a cadere da un lato, nistagmo, adiadococinesi. Adiadococinesi, ipermetria, Romberg furono osservati in *tumori del lobo occipitale.* Sintomi cerebellari furono osservati anche in *lesioni del chiasma.*

Viceversa ci sono dei *tumori cerebellari che simulano i tumori sopratentoriali*, come pure *sintomi chiasmatici con lesioni temporali ed occipitali*, e anche *paralisi del V nervo cranico in casi di tumore frontale* e *tumori cerebellari simulanti quelli dell'acustico.*

In tutti questi casi si faranno delle ricerche speciali e in modo particolare l'esame radiologico; se necessario anche la ventriculografia e spesso si potrà fare così la diagnosi esatta di localizzazione. R. LUSENA.

L'emicrania.

Per poter determinare l'etiologia dell'emicrania è necessario esaminare tutti quei possibili elementi che in un certo numero di casi entrano come momenti causali di tale manifestazione morbosa.

R. C. Moehlig (*Endocrinology*, n. 1, genn. 1931) partendo da questo concetto, ha esaminato 100 casi di emicrania, ed ha cercato di ricavare da tale osservazione gli elementi per stabilire l'etiologia.

Egli ha trovato che nel 39 % dei casi esiste un'anamnesi familiare di emicrania; il 69 % è rappresentato dalle donne, il resto dagli uomini. L'età media di tali malati negli uomini era di 37,9 anni, delle donne di 36,8. La pressione sanguigna era aumentata nel 40 % di casi, mentre il metabolismo basale si riscontrò aumentato nel 26 %, diminuito nel 73 %.

Dal complesso delle ricerche emerge che il fattore endocrino rappresenta una importante causa della emicrania, e nella maggioranza dei casi i pazienti presentavano un ingrossamento della ghiandola tiroide, sebbene i pazienti vivessero in una zona di gozzo. I parenti più prossimi e le donne mostrano un'altezza superiore al normale, gli uomini invece si mantengono nella norma.

Il più grande miglioramento si ottenne agendo direttamente sullla ghiandola tiroide con la tiroidectomia e la somministrazione di sostanza tiroidea. L. CARUSI.

Cefalea pituitarica.

Laurence H. Mayers (*Endocrinology*, settembre-ottobre 1930) riferisce su 5 casi di cefalea di origine pituitarica, di cui 60 casi egli vide al S. Luke's Hospital di Chicago.

Questo tipo di cefalea si osserva solo nelle donne e si osserva nel 16 per mille dei casi di cefalea. Le donne che soffrono sono tutte obese, con arti lunghi e tronco corto, sono energiche, intelligenti, vivaci, hanno disturbi mestruali (amenorrea, o dismenorrea o menorragia).

La sola terapia efficace è quella dell'estratto pituitario per iniezione. La terapia poliglandolare è inefficace, quella tiroidea è controindicata. I disturbi mestruali sono pure corretti dalla terapia pituitarica. R. LUSENA.

Le cefalee di origine nasale.

Le cefalee di origine nasale sono più frequenti di quanto si creda; molte lesioni più o meno croniche e latenti possono provocare delle cefalee specialmente croniche e, in apparenza, ribelli.

Sono generalmente dovute a lesioni infiammatorie acute o croniche del naso o dei seni, specialmente a lesioni posteriori. Talora hanno origine simpatico-trigemina.

Nel meccanismo di tale cefalea intervengono diversi fattori: la congestione, l'ostruzione, l'infezione, la compressione.

La cefalea può essere uni- o bilaterale, anteriore o posteriore o mista; talora leggera, può essere molto intensa persino meningiforme. La diagnosi è spesso delicata; sono soprattut-

to da eliminare le cefalee di origine oculo-orbitarie.

Per il trattamento, A. Sarinou (*Journ. des praticiens*, 18 giugno 1931) consiglia anzitutto di aumentare la permeabilità nasale con l'adrenalina, l'efedrina ed a calmare i dolori con una medicazione locale e generale.

Il trattamento chirurgico, vario secondo i casi, è soprattutto endonasale: spennellature, anestetici, specialmente del cornetto medio e della sua parte posteriore, che è un vero punto simpatico-trigemino del naso e dell'occhio. Talvolta, sono da praticarsi l'apertura del seno mascellare o la resezione della regione malata del naso, specialmente l'ablazione parziale del cornetto medio (terzo posteriore), che dà dei buoni risultati in seguito all'aereazione del quadrivio etmoido-sfenoidale e per azione nervosa. *fil.*

Su alcune cefalee dipendenti da malformazioni nasali.

Per ben conoscere l'origine delle cefalee, bisogna tener presente l'innervazione cranica, distinta in eso- ed endocranica. Quando la causa patologica agisce direttamente sulle terminazioni nervose, si parla di *riflessi semplici;* allorchè le alterazioni causali e le cefalee non sono sistematizzate ad un sol territorio, ma si possono spiegare con la compressione di fibre simpatiche in zone stenotiche nasali, allora si parla di *riflessi nasali complessi.* Di questi ultimi si occupa E. Pallestrini (*Min. Med.*, n. 16, aprile 1930).

Le cefalee dovute a cause infiammatorie nasali sono comuni; più rare invece sono quelle riflesse derivate da alterazioni anatomiche delle cavità nasali; in questi casi una lieve lesione può generare delle gravi cefalee. Così l'anomalia costituzionale della fessura olfattiva dovuta ad eccesso di sviluppo del turbinato medio o le deviazioni alte del setto producono compressioni delle terminazioni nervose e cefalee, le quali sono diminuite con applicazioni locali di cocaina-adrenalina.

Sono riferite le storie di alcuni ammalati i quali presentavano cefalee persistenti per deviazione ed ipertrofia del cornetto e del setto.

Il fattore principale che mantiene queste cefalee è costituito dalla compressione sia esso dipendente dal setto o dal turbinato o da entrambe le cause; la permeabilità che ristabilisce l'applicazione di cocaina-adrenalina è capace di rimuovere e far cessare la cefalea. Secondo l'A. non è solo il trigemino la causa di tale disturbo, ma ha grande importanza anche l'innervazione vegetativo-simpatica e parasimpatica.

Però accanto a queste cefalee dipendenti da malformazioni congenite od acquisite della metà superiore della fossa nasale, esistono dei casi in cui le stesse malformazioni non producono affatto la cefalea. Da ciò si deve arguire che le malformazioni costituiscono non la causa patogenetica, ma la spina irritativa delle cefalee. Questo concetto trova conferma nel fatto che non sempre la rimozione medica o chirurgica della malformazione fa cessare le cefalee. L. CARUSI.

Nevralgie del trigemino di origine serica.

La diffusione progressiva della sieroterapia preventiva e curativa ha notevolmente allargato il quadro clinico della malattia da siero, arricchendolo di numerose forme atipiche che colpiscono differenti apparecchi e di forme nuove. R. F. Vaccarezza (*Revue Sud-Améric. de Chir.*, maggio 1931) riferisce il caso di una donna la quale, quattro giorni dopo un trauma insignificante al lato sinistro della faccia, presentò un tetano a predominanza facciale, contro il quale fu precocemente messa in opera la sieroterapia. Al settimo giorno dalla prima iniezione di siero comparvero le manifestazioni abituali della malattia da siero, insieme con delle manifestazioni più rare (ematuria, cistite, vomiti ripetuti, ecc.). Dopo la scomparsa di questi disturbi si manifestò una nevralgia facciale intensa, che si attenuò dopo parecchie settimane, lasciando dei reliquati che ancora persistevano dopo due anni.

L'A. ritiene che questa nevralgia sia stata causata dalla sieroterapia, dato che il trauma era stato insignificante e dal lato opposto, e dato che l'intossicazione da tossina tetanica determina a carico dei nervi periferici delle paralisi, di cui la più frequente è la paralisi del facciale, sempre localizzata nel lato del traumatismo. C. TOSCANO.

La cura della nevralgia del trigemino con inalazioni di tricloroetilene.

Il tricloroetilene è un liquido, bianco fortemente odorante, usato in Germania durante la guerra per verniciare le ali degli aeroplani. Plessner, nel 1915, presentò alla società medica di Berlino, quattro operai che accusavano vari sintomi fra cui anestesia completa nel campo d'innervazione del trigemino, attribuibile secondo il Plessner al tricloroetilene a cui gli operai erano esposti per il loro lavoro. Oppenheim, che era presente alla seduta suggerì la possibile applicazione di questa droga nella cura delle nevralgie del trigemino. Plessner raccolse il consiglio dell'illustre neurologo e dopo numerose esperienze cliniche venne alla conclusione che l'inalazione da 30 a 60 gocce di tricloroetilene tre volte al giorno non produceva effetti tossici, ma che bastava generalmente l'inalazione di 20-30 gocce 3 volte al giorno per far sparire i sintomi dolorifici della nevralgia del trigemino senza tuttavia produrre anestesia nel campo d'innervazione di questo nervo, come si ha nella cura con iniezioni d'alcool o della cura chirurgica.

Dopo le esperienze di Plessner altri AA. hanno tentato una cura che si presenta così facile e brillante ed ultimamente Glaser (*The Journ. of Am. Med. Ass.* 21 marzo 1931) riferisce i risultati da lui ottenuti in 15 casi così trattati.

Dalla statistica generale desunta dalle comunicazioni dei vari AA. risulta che di 177 casi curati col tricloroetilene il 25 % sono completamente guariti senza che residuasse nessuna anestesia nel campo del trigemino, il 44 % sono parzialmente guariti essendo i paz. soggetti ad intervalli ad attacchi dolorifici di lieve entità: gli altri non notarono alcun miglioramento.

La tecnica del trattamento è semplice: 20-25 gocce della droga versate su un tampone di garza vengono inalate fino a quando l'odore sia completamente scomparso. Questa inalazione deve essere ripetuta 3-4 volte al giorno e continuata per 1 mese o un mese e mezzo.

Quando il dolore è sparito è inutile continuare l'inalazione giornaliera ma basta, come misura profilattica, inalare la droga ogni 2-3 mesi per un periodo di tre giorni. Potendosi avere spesso vertigini è opportuno praticare l'inalazione stando sdraiati su una poltrona.

La terapia triclorotilenica è la terapia ideale, quando agisce, perchè il dolore scompare con un trattamento piacevole e che non lascia dietro di sè la noiosa anestesia del trigemino che si ha con altri espedienti terapeutici.

G. La Cava.

La cordotomia nella cura di stati dolorosi.

Kirschner (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 162, 1930, pag. 95) ha eseguito questo intervento in 8 casi, talvolta bilateralmente. Quasi sempre l'indicazione è stata data da dolori da metastasi neoplastiche. L'intervento viene eseguito nella metà superiore del midollo dorsale.

La parte tecnicamente più difficile dell'intervento è il riconoscere esattamente la sede e l'estensione del fascicolo antero-laterale. Vi è il pericolo di eccedere nella sezione e quindi di produrre una lesione delle vie motorie con conseguente paralisi, se l'incisione è troppo piccola l'intervento non consegue lo scopo.

L'A., aperto il canale midollare, seziona una radice posteriore e facendo trazione su questa e su una lacinia del legamento denticolato ruota il midollo. L'inserzione del legamento denticolato rappresenta il margine posteriore del fascicolo antero-laterale.

In questo punto si configge un bisturi a lama curva per 3 mm. di profondità facendolo uscire 3 mm. al davanti del punto di entrata.

Se la sezione del fascicolo deve essere bilaterale la 2ª sezione viene eseguita a livello più alto.

In alcuni casi ha ossservato dopo l'operazione una paresi poi scomparsa e che si deve attribuire all'edema del midollo conseguente alla incisione.

L'operazione viene eseguita in anestesia locale, solo durante la sezione delle radici e del funicolo è necessario di aggiungere un anestetico locale.

L'intervento non ha dato risultati nelle crisi dolorose dei tabetici; l'indicazione quasi assoluta è nelle compressioni nervose radicolari di metastasi neoplastiche nelle quali non si ottiene con nessun mezzo la scomparsa dei dolori.

P. Valdoni.

Un nuovo metodo di cura delle algie periferiche.

Dogliotti (*Minerva Medica*, n. 14, 1931), allo scopo di ottenere una decimazione delle fibre sensitive corrispondenti al territorio che è sede del dolore, evitando una troppo profonda lesione della sensibilità periferica e risparmiando le fibre motorie nei limiti del possibile, propone l'iniezione sottoaracnoidea di alcool assoluto. L'azione biologica di questa sostanza sui nervi è ben nota: non è tossica, è rapidamente assorbibile e diffusibile e presenta il grande vantaggio di avere un peso specifico notevolmente inferiore a quello del liquor.

La tecnica è semplice: basta seguire le regole della comune puntura spinale.

Dopo l'introduzione dell'ago si corica il p. sul fianco sano in modo che le radici che noi vogliamo colpire vengono a trovarsi in posizione elevata rispetto a quelle del lato opposto e a seconda che le radici interessate si trovano in posizione cefalica o caudale rispetto al punto in cui è stato introdotto l'ago si solleverà il tavolo dalla parte della testa o dei piedi di 15-20 gradi (in queso modo l'alcool, che, come si è detto, è più leggero del liquor, risale immediatamente e si dispone lungo le radici situate più in alto). La quantità di alcool da iniettare è di 3/10-4/10 di cmc.

In 36 casi così trattati i risultati possono considerarsi veramente incoraggianti, specialmente nelle forme di nevralgia ribelle del n. sciatico si è ottenuto il miglior successo.

Giacobbe.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Studi sulla funzione patologica dei reni, nelle malattie renali, specialmente nel morbo di Bright.

Cai Holten e P. Brandt Rehberg in questo interessante articolo (*Acta Medica Scandinavica*, 1931, vol. LXXXIV. fasc. V), espongono innanzi tutto una modificazione da Rehberg stesso apportata alle teorie di Cushny sulla funzionalità renale. Per essa si avrebbe la filtrazione dei glomeruli di un liquido della stessa composizione del plasma (tranne che per i colloidi); il filtrato sarebbe concentrato nei tubuli per riassorbimento dell'acqua e le sostanze disciolte sarebbero riassorbite o meno, dai tubuli sino ad essere portate alla concentrazione in cui si trovano nell'urina.

La creatinina, sostanza a più alta concentrazione, servirebbe con speciale metodo a determinare la quantità del filtrato al minuto (in media da 100 a 150 cmc).

Gli AA. espongono quindi le cause che porterebbero variazioni nella quantità del filtrato, cioè malattie dei glomeruli, dei tubuli o altri fattori come la pressione sanguigna, i proteidi del sangue, ecc. Gli AA. discutono poi le varie prove funzionali del rene, specialmente quella della concentrazione e quella dell'urea, e riprendono in esame i principali sintomi della malattia di Bright.

L'ipostenuria, e la poliuria si spiegherebbero con il diminuito assorbimento di acqua nei tubuli.

L'uremia cronica sarebbe in rapporto con la quantità di proteine nella dieta, con la quantità del filtrato, e con l'urea escreta. Una normale filtrazione avrebbe una grande importanza per la rapida scomparsa dei sintomi uremici, e permetterebbe d'influenzare il quantitativo dell'urea nel sangue per mezzo della dieta. C. NERVI.

Azione dei nervi vegetativi sulla eliminazione urinaria.

Kusakari e Takeda (*Tohoku Journal of experimental medicine*, n. 5-6, 1930) rilevano che adrenalina ed atropina agiscono in egual modo sulla funzione renale; essi determinano cioè, agendo direttamente sugli epitelii del tubuli, una oliguria dovuta all'aumento del riassorbimento dei tubuli. La pilocarpina ha azione diuretica, per lo più essa dilata i vasi renali. La pilocarpina determina però la diuresi sopratutto agendo sugli epitelii del rene ed inibendo il riassorbimento nei canalicoli urinarii. Agiscono in senso opposto sulla eliminazione dell'urina l'atropina e la pilocarpina, come pure la pilocarpina e l'adrenalina. Le ricerche degli autori dimostrano che i veleni del sistema nervoso vegetativo esercitano una azione sui vasi del rene e contemporaneamente esercitano una azione specifica sugli epitelii dei tubuli. R. POLLITZER.

POSTA DEGLI ABBONATI

Colpo di calore quale infortunio sul lavoro. — Al dott. M. M., abb. n. 5662-1:

È *jus receptum* che il colpo di calore (inesattamente detto di sole) può costituire infortunio sul lavoro quando ricorrano gli estremi dell' « occasione di lavoro » i quali esistono quando risulti dimostrato che all'esposizione alla causa morbigena l'operaio abbia soggiaciuto in misura più intensa che ogni altro cittadino, o si sia esposto in misura maggiore per esclusive ragioni di lavoro (rischio generico aggravato).

Tutte le pratiche riguardanti l'applicazione della legge infortuni devono prima essere svolte, come è tassativamente prescritto dalla legge stessa, in via amministrativa (nel caso in questione la domanda degli aventi diritto, corredata dá certificato medico, deve essere rivolta alla Direzione Prov.le PP. TT.).

Non occorre intervento di legali.

In caso di diniego, la controversia deve essere deferita, per disposizioni speciali di legge recenti riguardanti il personale dipendente dal Ministero delle Comunicazioni, ad un collegio arbitrale costituito secondo l'art. 115 Regol. Infortuni. S. D.

Al dott. A. G. da F. (23/4) N.:

Nessuna disposizione di legge o regolamento disciplina la distanza dall'abitato per la costruzione dei dispensari antitubercolari. Infatti, quando questi sono ben tenuti, non rappresentano alcun pericolo per l'abitato. Debbono essere osservate le norme del decreto 20 maggio 1928 pr l'attuazione della legge 23 marzo 1928, n. 858 (raccolta delle immondezze, difesa dalle mosche). La circolare del Ministero dell'Interno 16 febbraio 1928-VI, numero 20.300.20, 14/686 dice che « *la sede dei* « *dispensari dovrà essere lontana da strade* « *rumorose o polverose (meglio se in mezzo a* « *giardini) pur essendo di facile accesso per* « *il genere di pubblico che lo frequenterà* ». A. F.

VARIA.

I laureati nell'anno 1930.

Nell'anno scolastico 1929-30, sebbene il numero degli iscritti alle Università del Regno sia stato superiore a quello del 1929, si è avuto un minor numero di laureati e diplomati. Complessivamente, come informa l'*Agenzia d'Italia*, si sono avuti 5869 laureati su 29.580 iscritti, mentre nel 1929 se ne erano avuti 6093 su 26.032 iscritti.

Il maggior numero di laureati è dato dalla Facoltà di giurisprudenza, con 2197. Viene poi la Facoltà di medicina e chirurgia con 1490 laureati, di cui 292 provenienti dall'Università di Napoli, 185 da quella di Roma, 161 da quella di Padova, ecc. I diplomati dalla Scuola di farmacia sono stati 805 e il numero dei laureati nella Facoltà di lettere e filosofia è stato di 683.

Rispetto agli iscritti, la percentuale dei laureati è la seguente: farmacia 29,1 per cento; lettere e filosofia 23,8 per cento; giurisprudenza 22,2 per cento; scienze fisiche matematiche 16,3 per cento; medicina e chirurgia 14,9 per cento.

Fatta una media degli ultimi quattro anni accademici sul numero dei laureati e diplomati dalle Università e dagli Istituti Superiori, si ha che ogni anno circa 8400 giovani lasciano le aule delle Università e gli altri Istituti.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Le mutue sanitarie fasciste: compiti e fini; ordinamento per l'assistenza ospitaliera

Una importante riunione si è tenuta nella sede dell'Unione provinciale milanese delle società mutue fasciste sotto la presidenza del cav. Angelo Chiesa, segretario generale della Federazione delle cooperative e delle mutue. Alla seduta intervennero: il direttore dell'Unione; il prof. comm. Piccinninni in rappresentanza di S. E. il Prefetto; l'ing. Riccardo Besana, vice presidente dell'Unione, e rappresentante della Federazione provinciale politica; il prof. Massarotti ed il dott. Fraschini per il Sindacato medico; l'avv. cav. uff. Medugno del Direttorio nazionale delle mutue; gli ispettori sanitari e provinciali proff. Bonzani e Cuzzi; nonchè gli ispettori mutualistici di zona signori rag. Bellomo, Mattavelli e Sardi.

La relazione della presidenza ha trattato in profondità e in larghezza il problema mutualistico provinciale; è seguito un passionato dibattito a cui presero viva parte tutti gli intervenuti. Un interesse del tutto particolare ha assunto nella discussione l'ordinamento per la assistenza ospedaliera, che più di ogni altra cosa preoccupa seriamente tutta la mutualità, qualunque sia la forma da essa adottata. Sull'argomento hanno interloquito il prof. Bonzani, il prof. Piccinninni, il prof. Massarotti, il dott. Mantovani ed altri.

Su invito della presidenza fornì in merito ampie delucidazioni il cap. Rossi il quale illustrò i concetti cui si è inspirata l'Unione nel predisporre l'ordinamento per il servizio ospedaliero. Modificazioni e perfezionamento sarebbero, secondo l'Unione, quanto mai opportuni, ma ad essi non si potrà giungere se non quando le amministrazioni ospedaliere si saranno convinte che per esse l'uniformità di trattamento alle mutue rinnovate rappresenterà un interesse ed un beneficio non indifferente. Il direttorio fu concorde nel ritenere che l'affidare il servizio agli ospedali di circolo rappresenterebbe allo stato attuale un pericoloso monopolio.

I Consorzi di Zona, di cui si sta preparando un primo esperimento a Legnano, non si è ritenuto opportuno estenderli alla circoscrizione di circolo, ma è sembrato prudente limitarli ad una sfera di azione meno ampia. Essi debbono essere preminentemente organi direttivi e coordinatori della assistenza ospedaliera, in modo da permettere attraverso un numero rilevante di associati le maggiori concessioni.

I convenuti approvarono in linea di massima le proposte contenute nella relazione della presidenza, alla quale affidarono l'incarico di nominare una commissione, che riprenda in esame la questione, provveda a dettare le norme necessarie per l'attuazione sollecita del sistema consorziale di zona e riveda l'ordinamento sanitario apportandovi le variazioni rese indispensabili dalle attuali esigenze e dalle nuove iniziative.

Si passò quindi alla costituzione ufficiale della Mutua sanitaria fascista milanese ed all'insediamento del primo direttorio, composto dai signori: Gino Biseo, Ferruccio Dacò, Renzo Marengo, Guido Milanesi, Vincenzo Sandonati, fiduciari Gruppi rionali designati dalla Federazione provinciale politica; cav. uff. dott. Guido Mantovani, designato dall'Unione.

* * *

Presso l'Unione provinciale milanese delle Società mutue fasciste, si è poi riunito, presieduto dal cav. Angelo Chiesa, presidente dell'Unione, il Direttorio dela Mutua Sanitaria Fascista Milanese per procedere alla nomina delle cariche sociali e per stabilire il proprio programma di azione organizzativa. A presidente è stato eletto all'unanimità l'ing. Riccardo Besana ed a vice-presidente e tesoriere il rag. Gino Biseo. Al dott. Alcide Fraschini, ispettore sanitario della Mutua, è stato affidato il compito dell'organizzazione tecnica del servizio sanitario ed ospedaliero, mentre della organizzazione amministrativa fu incaricato il dirigente degli uffici dell'Unione, cap. Rossi.

Il Direttorio, riconfermati e fatti propri i principi che hanno inspirata l'Unione Provinciale nel costituire la Mutua Sanitaria Fascista Milanese, ha deliberato di tenere prossimamente, con l'autorizzazione della Federazione Provinciale, una riunione dei fiduciari dei Gruppi rionali, ai quali esporre il programma della Mutua.

Subito dopo saranno tenute delle riunioni rionali di propaganda e quindi si procederà all'apertura delle inscrizioni, in modo che la nuova istituzione assistenziale possa iniziare il servizio col 28 ottobre dell'anno X.

E' stato pure deliberato di far conoscere ampiamente e dettagliatamente alla popolazione le finalità e le norme della Mutua Sanitaria Fascista Milanese, a mezzo di manifesti murali e volanti

La Mutua, basata sulla valorizzazione e sull'incremento dell'istituto familiare, assicurerà assistenza curativa completa medica, ostetrica (domiciliare ed ambulatoria), ospedaliera, farmaceutica, lasciando alla famiglia associata la libertà di scelta, sia del medico, che della ostetrica e dell'Ospedale. Il contributo mensile è di L. 10 per famiglia qualunque sia il numero dei suoi componenti.

Alla Mutua potranno richiedere l'iscrizione tutte quelle famiglie residenti a Milano, che abbiano un reddito annuo, accertato o presunto, non superiore a L. 12.000 per il capo-famiglia più L. 2.000 per ogni altro componente la famiglia. E' stato previsto un contributo di tre lire per coloro che, non avendo famiglia, intendono inscriversi individualmente.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BERGAMO. *Ospedale Maggiore « Principessa di Piemonte ».* — Primario tisiologo, aiuto e due assistenti per la Divisione Sanatoriale; titoli ed esami; stip. rispett. L. 10.000, L. 8.500 e L. 7.500 decurtati del 12 %; c.-v.; partecipaz. Chiedere annunzi al Protocollo. Scad. ore 12 del 10 ott. Età lim. a. 40, 35 e 30. Tassa L. 50.

BIANDRONNO (*Varese*). — Consorzio con Bardello e Bregano. Scadenza 30 settembre. Stipendio annuo lordo L. 9000 e indennità annua di L. 200 per l'uso della bicicletta. La superficie della condotta è di circa Km. 8 e la popolazione di 2172 abitanti. Per gli altri chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale di Biandronno.

CASALVELINO (*Salerno*). — Scad. 30 sett.; due condotte; L. 7000 oltre indenn. cavalc.

DELLO (*Brescia*). — Stipendio annuo lordo lire 9000. Indennità cavallo L. 3000. Indennità quale Ufficiale Sanitario L. 800. Caro viveri di legge. Il tutto da ridurre del 12 %. Aumento di un decimo ogni cinque anni e per sei volte. Età massima anni 35 salvo eccezioni di legge. Domanda, con tassa L. 50, e documenti indicati ai numeri 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9 e 10 delle avvertenze poste al principio del Bollettino Nazionale dei Concorsi, nonchè certificato con i punti riportati negli Esami di Stato per l'abilitazione. Scadenza 5 novembre 1931. Assunzione del servizio entro quindici giorni dalla partecipazione sotto pena di decadenza. Per altri chiarimenti scrivere alla Segreteria Comunale di Dello (Brescia).

ENNA. *Amministrazione provinciale.* — Per titoli ed esami. Direttore della Sezione Chimica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e di Profilassi. Presentazione della domanda corredata dai documenti di cui all'art. 8 del R. D. 16 gennaio 1927, n. 155, non più tardi delle ore 18,30 del 20 novembre 1931.

Stipendio iniziale L. 14.400 con tre aumenti quadriennali di L. 600, L. 700 e L. 800. Indennità di servizio attivo L. 3700 e caroviveri come per gli altri dipendenti dalla Provincia. Ritenute come per legge e riduzione del 12 % giusta art. 3 R. D. 20 novembre 1930, n. 1491.

Limiti d'età di cui all'art. 9 del citato decreto 16 gennaio 1927.

La formazione della graduatoria e la nomina avranno luogo secondo le modalità stabilite dallo stesso decreto.

Il nominato dovrà assumere servizio infra giorni 15 dalla partecipazione di nomina.

Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria generale della Provincia.

FIRENZE. *Comune.* — Medico addetto all'Ufficio d'igiene; L. 8100 e 8 trienni dec., oltre L. 1500 disagio professionale, c.-v., L. 3000 indenn. supplement.; rid. 12 %. Medico capo del Dispensario Celtico Municip.; L. 6500; rid. 12 %. Per i due posti scad. ore 17 del 15 ott. Titoli ed esame. Chiedere annunzi.

FOGGIA. *Amministrazione provinciale.* — Per titoli ed esami: Direttore della sezione Medico-Micrografica del Laboratorio provinciale d'igiene e profilassi di Foggia, con lo stipendio annuo di L. 16.000, suscettibile di quattro aumenti quadriennali del decimo oltre la indennità di servizio attivo in L. 1600 e le indennità caroviveri se dovute, salvo le riduzioni di cui al R. D. legge 20 novembre 1930, n. 1491.

Titolo di studio: Diploma di abilitazione allo esercizio della professione di Medico Chirurgo.

Scadenza per la presentazione dei documenti: ore 12 del 30 novembre 1931.

Rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione provinciale.

NOTO (*Siracusa*). — Scad. 30 nov.; 2ª condotta; L. 8000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 900 serv. att.; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 25 agosto.

PALERMO. *Comune.* — Direttore del Laboratorio med.-microgr.; L. 17.000 e 2 quadrienni, oltre L. 5500 supplem. serv. att.; scad. 10 nov.

PAVIA. *R. Prefettura.* — Ufficiale Sanitario, Medico Capo del Comune.

Nei precedenti nn. 36 e 37 sono stati, per errore, indicati cinque aumenti quinquennali del decimo dei quali ecc. Si legga invece: cinque aumenti del decimo ecc.

POTENZA. *Ospedale Civile Provinciale di S. Carlo.* — Scad. 7 ott.; due medici di guardia; lire 7200 ridotte del 12 %; vitto e alloggio. Età lim. 35 a. Rivolgersi segreteria dell'Ente.

ROMA. *Ministero della Marina.* — Concorso per la nomina di 13 tenenti medici in serv. att. perman.; età lim. 30 a. al 15 ag.; scad. 90 giorni dalla pubblicaz. sulla « Gazz. Uff. »; se ammogliati, produrre le prove di possedere la rendita annua di L. 4500. Chiedere copia della notificaz. di concorso, istruzioni e programmi al Ministero (Direz. Gen. del Personale e dei Servizi militari, Divisione Stato giuridico), o alla Direz. della R. Scuola di Sanità militare marittima di Napoli, o alle Direzioni degli Ospedali Militari Marittimi di Napoli, La Spezia, Taranto, Venezia, Pola, La Maddalena.

ROTELLA (*Ascoli Pic.*). — Scad. 29 ott.; L. 8000 ridotte 12 %, quinquenni dec., indenn. laurea L. 500; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

SAN DAMIANO AL COLLE (*Pavia*). — Scadenza ore 12 del 30 settembre. Stipendio annue L. 9680 con 5 aum. quadr. del decimo, e L. 264 per servizio Uffic. Sanitario, l'uno e l'altro al lordo delle ritenute. Più un compenso annuo di L. 264 per servizio ambulatorio e indenn. caro-viveri.

VIGONE (*Torino*). — Una delle condotte mediche, secondo il Capitolato visibile presso la Segreteria Comunale. Scad. 31 ott.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Gaetano Fichera, in seguito a parere favorevole del Consiglio Superiore dell'Educazione Nazionale, è stato trasferito dalla cattedra di patologia a quella di Clinica Chirurgica presso la R. Università di Pavia. Rallegramenti.

Dopo vari mesi di vacanza, durante i quali si sono svolte campagne attivissime per le varie candidature alla ambita direzione medica del « Rudolf Virchow-Krankenhaus » di Berlino, è stata costituita la terna di: Lichtwitz, van den Velden e von Domarus. La scelta è caduta sul prof. Lichtwitz, già direttore dell'Ospedale Municipale in Altona, reputatissimo internista e studioso, ben noto per le sue ricerche sul metabolismo e per il suo trattato « Klinische Chemie ».

Il dott. W. W. Jameson, professore di sanità pubblica alla Scuola d'igiene e medicina tropicale di Londra, è nominato decano della scuola stessa, quale successore del deceduto A. Balfour.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Berna.

Congresso Neurologico Internazionale.

Dal 31 agosto al 4 settembre è stato tenuto a Berna il Congresso Neurologico Internazionale, che è riuscito un'affermazione di alta importanza nel campo puramente neurologico, che oggi interessa non solo i medici cultori della specialità, ma i chirurgi, i fisiologi, gli oculisti, gli otoiatri, i radiologi, ecc.

Le comunicazioni erano state raggruppate intorno a quattro argomenti principali: 1) « I metodi di diagnosi e di terapia nei tumori cerebrali »; 2) « Il tono muscolare: anatomia, fisiologia e patologia »; 3) « Le infezioni acute non suppurative del sistema nervoso »; 4) « Le parti del trauma nella produzione di sintomi nervosi ».

L'intervento dei più illustri cultori delle varie branche del mondo intero ha reso particolarmente istruttive le conferenze e le comunicazioni; la partecipazione italiana è stata assai attiva e importante. Il gruppo italiano era coll'americano il più numeroso. Dei cultori di clinica neuro-psichiatrica erano presenti il prof. O. Rossi di Pavia, Buscaino di Catania, Lugaro di Torino, Besta di Milano, Colella di Palermo, Donaggio di Modena, Ayala e Pisani di Roma e inoltre De Lisi di Cagliari, Coppola e Negro di Torino, Medea, Clivio, Antonini, Rizzo e Grossoni di Milano, Catola e Salmon di Firenze, Berlucchi di Pavia, Colucci, Senise, Baldi, Penta, Gossano, Vizioli e Sarno di Napoli, Belloni e Tanferni di Padova, De Giacomo di Catania, Bertolani di Reggio Emilia, Poppi di Bologna, Boschi di Ferrara, Pfanner di Lucca e molti altri.

Dei clinici chirurgici erano presenti il prof. Alessandri di Roma, Fasiani di Padova, Marogna di Sassari; dei clinici medici il prof. Frugoni di Roma; inoltre il prof. Di Marzio e il prof. Ferreri di Roma, il prof. Torrigiani di Firenze, il prof. Pieri di Belluno, i proff. Gamberini e Serra di Bologna, il prof. Dogliotti di Torino ed altri.

Sul primo tema, sotto la direzione del Nonne, portarono interessanti contributi, oltre il Cushing che riferì su oltre 2000 casi di tumori cerebrali operati, e il De Martel, i proff. Ayala e Alessandri di Roma; sul secondo, svolto sotto la direzione della Sherrington, il Donaggio ed il Negro; sul terzo, diretto dal Guillain, il Buscaino, e il quarto, infine, fu impostato e diretto dal Rossi in una serie di comunicazioni di grande interesse.

Il prossimo Congresso avrà luogo a Londra nel 1936.

R. A.

NOTIZIE DIVERSE.

1° Congresso internazionale degli studi sulla popolazione.

Si è tenuto a Roma ed ha assunto uno sviluppo imponente. La seduta inaugurale ebbe luogo al Campidoglio, con l'intervento di alte autorità e dei rappresentanti di 29 Stati e di moltissimi Enti scientifici; il discorso ufficiale fu tenuto dal prof. C. Gini.

I lavori sono stati ripartiti in 8 Sezioni. Parecchi temi trattati interessano la medicina e l'igiene sociale.

Avremo ancora occasione di occuparcene.

10° Congresso della Società Italiana di Urologia.

Il 10° Congresso della Soc. Italiana di Urologia sarà tenuto a Bari nei giorni 20-21 ottobre p. v.

Il tema di relazione: Le malattie del collo vescicale (esclusa l'ipertrofia e i tumori della prostata) sarà svolto dai sigg. proff. C. Alesio (Torino) e L. Pisani (Milano).

Per eventuali comunicazioni e informazioni rivolgersi al Segretario prof. E. Mingazzini, Via Tirso 83. Roma.

20° Congresso italiano delle Scienze.

Il Congresso annuale della Società italiana per il progresso delle Scienze si è inaugurato solennemente a Milano il 12 settembre, nel Castello Sforzesco, alla presenza del Principe Ereditario. In nome del Governo parlò l'on. Di Marzo. Il discorso inaugurale venne pronunziato dal prof. Chigi, sul tema « L'origine della specie nella odierna biologia sperimentale ». I lavori si svolgono, mentre questo numero va in macchina, nel Palazzo del Rettorato della R. Università, in tre Classi generali ripartite in molte Sezioni.

La prossima riunione si terrà a Roma, in coincidenza con la celebrazione del 10° annuale della Marcia su Roma.

Un padiglione per l'elioterapia a Mandello Lario.

E' stato inaugurato un padiglione per l'elioterapia, costruito a Mandello Lario, sul Lago, per iniziativa del dott. Nunzio Condò, a spese del segretario politico sig. Domenico Comini, su terreno donato dal cav. Alfredo Radaelli.

Al nuovo Ospedale di Livorno.

Il maestro Pietro Mascagni ha voluto recarsi a visitare i grandiosi lavori del nuovo ospedale di Livorno. A ricevere l'illustre concittadino erano il presidente dell'Opera Pia gr. uff. Costa, il direttore dell'Ospedale prof. Lang, l'ing. Venturi, progettista e rappresentante dell'impresa costruttrice.

Per l'Ospedale americano in Francia.

Il generale Pershing, in nome del Comitato dell'Ospedale americano di Neully, ha lanciato un appello per raccogliere la somma di 300.000 dol., pari circa a 6 milioni di lire it. La somma è stata sottoscritta entro una settimana.

Alla fine del 1930 il deficit, accumulatosi nel corso di 4 anni, raggiungeva 100.000 dol.

L'ospedale — di cui ci siamo recentemente occupati — ha ora 120 letti. Ne fa parte una scuola per infermiere, della capacità di 70 posti; ma le domande d'iscrizione sono in numero di 300 a 400.

I francobolli antitubercolari in Francia.

Sono ora stati resi noti i risultati definitivi della vendita dei francobolli antitubercolari in Francia durante il 1930. Sono stati venduti circa 210 milioni di francobolli, per l'importo complessivo di circa 21 milioni di franchi. La media risulta di 5 francobolli per abitante; alla testa dei dipartimenti è quello dei Doubs, con una media di 12.04 francobolli per abitante; tra le Colonie la Tunisia è andata ancora oltre, con 12.36 francobolli per abitante. Si va organizzando la campagna per le feste natalizie del 1931.

Un'epidemia di poliomielite a New York.

Una recrudescenza della gravissima malattia ha funestato la città di New York. Ora è in decrescenza. Si sono registrati sino a circa 150 casi al giorno; il maggior numero si è avuto nel sobborgo di Brooklyn. L'Ufficio d'igiene ha assunto 10 medici e 25 infermiere per concorrere a combattere la malattia. Sono stati aperti alcuni ambulatorii gratuiti *ad hoc*. Un appello lanciato per la raccolta del siero di antichi soggetti guariti, ha sortito ottimi risultati: tra i primi il Governatore Franklin D. Roosevelt ha fornito più di mezzo litro di sangue.

Ospiti illustri.

Il prof. Léon Bérnard, segretario generale dell'Unione internazionale contro la tubercolosi, ed il prof. Ludolph Braûer, rettore della Università di Amburgo, venuti a Roma hanno voluto visitare il nuovo istituto per le malattie tubercolari «.Benito Mussolini» in costruzione sulla collina di Monteverde. Gli illustri visitatori sono stati ricevuti dal direttore dell'istituto on. prof. E. Morelli, dal signor E. Basso della Confederazione dell'industria, dal prof. F. Bocchetti, segretario generale della Federazione italiana nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi e dall'ing. Belcredi della Cassa nazionale per le assicurazioni sociali.

La visita si è protratta per circa due ore, ed i visitatori, dopo presa visione di tutti i dettagli organizzativi, hanno ammirato la grandiosità della costruzione dell'Istituto che, per merito del Governo nazionale fascista, sarà fra due anni il più grande e completo fra quanti sono stati organizzati nel mondo per lo studio dei vari problemi inerenti alla tubercolosi.

Medici italiani all'Estero.

Una comitiva di medici italiani ha compiuto un viaggio d'istruzione — organizzato dal periodico « Minerva Medica » — attraverso alcune grandi città dell'Europa. Ovunque è stata cordialmente accolta.

I medici del Nord-America.

Si è pubblicata la 12ª edizione dell'« American Medical Directory » da cui risultano 172.383 medici esercenti nel territorio dell'Unione nord-americana, nelle sue dipendenze (Alaska, Filippine, zona di Panama ecc.) e nel Canadà.

Rispetto all'edizione precedente, si ha un incremento di 11.935 medici.

Rispetto alla 1ª edizione (1906), si nota che nel corso di un venticinquennio il numero dei medici è sensibilmente aumentato in alcuni Stati: Arigona, California, Connecticut, Florida, Minnesota, New Jersey, New York ecc.; invece è sensibilmente diminuito in altri: Arkansas, Indiana, Kentucky, Mississippi ecc.

I medici stranieri figurano in numero di 1064, contro 752 dell'edizione precedente.

Gli ospedali registrati figurano in numero di 7.446; sono considerati separatamente 665 ospedali addetti all'insegnamento clinico e 353 ospedali specializzati.

I novant'anni di Augusto Murri.

Al sommo Clinico, il quale in questi giorni ha varcato la soglia dei novant'anni, vada un pensiero di ammirazione e di affetto da parte di allievi, studiosi e beneficati.

Un monumento a Michele Bianchi.

Il 6 corr. è stato scoperto un monumento a Michele Bianchi eretto a Camigliatello, sulla Sila Grande. La cerimonia è stata presenziata dall'on. gen. Achille Starace, vice-segretario del Partito, che ha reso omaggio alla tomba del Quadriumviro in Belmonte Calabro, poi si è recato a visitare i lavori per la costruzione di un faro votivo ed infine ha preso parte alla cerimonia per la scoperta del monumento, che sorge sulla cima del colle di Camigliatello, a 1300 m. di altezza. In tale occasione si è svolta la « Sagra della Sila » con la partecipazione di molte migliaia di persone.

E' superfluo ricordare che della classe medica Michele Bianchi si rese benemerito durante la sua permanenza al Ministero dell'Interno.

Certificati falsi.

Il dott. Raffaele Alcone è stato condannato dal pretore di Viareggio a 30 giorni di reclusione e 3000 lire di multa per infrazione all'art. 289 comma 3, del C. P., avendo quale ufficiale sanitario del Comune di Massarosa, rilasciato più di 300 certificati al personale addetto a vaccherie e latterie (in prova di vaccinazioni antitifiche e della immunità da malattie contagiose), senza averne eseguito le visite. Il dott. Alcone ha interposto appello.

Corrigenda. — Nel fasc. scorso, p. 1377, 4ª lin. di « Varia », leggere: aveva ideato il composto.

Col più profondo rammarico è stata appresa la morte del prof. ENRICO SCIAKY, già primario chirurgo negli Ospedali di Salonicco.

Affezionatissimo all'Italia, vi aveva compiuto gli studi e conseguito la libera docenza. Il nostro periodico si è onorato a più riprese di ospitarne importanti contributi.

Da due anni si era stabilito a Milano. Mentre nella Casa di Salute « San Giuseppe » dei Fate Bene Fratelli, stava operando un malato di ulcera gastrica, fu colpito da un ictus apoplettico; l'intervento dovette essere ultimato dal prof. Calvini. Gli ultimi pensieri dello Schiaky furono rivolti al malato; avuta notizia del buon esito dell'operazione aggiunse: « ora muoio contento ».

Contava appena 40 anni Lascia la moglie e due figli.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journal A. M A., 23 mag. — Numero radiologico.

Giorn. di Batteriol. e Immunol., mag. — J. I. LIPKIN. Tasso complementare nelle diverse malattie. — B. VASILF. Variabilità dei germi patogeni.

Bull. Ac. Méd., 2 giu. — G. BLANC e J. CAMINOPETROS. Febbre papulosa (esantematica).

Amer. Journ. Med. Sc., giu. — J. LERMAN e J. H. MEAUS. L'iodio nel gozzo esoftalm. — S. SILVER e J. BAUER. L'obesità. — J. E. CONNERY e N. JOLLIFFE. Il deficit d'acido nell'anemia perniciosa.

Diagnost. e Tecn. di Laborat., 25 apr. — M. FIORENTINO e al. Le prove della funzione renale.

Med. Welt, 13 giu. — WINTERSTEIN. L'appetito. — STEPP. Il compito dei vegetali nella nutriz.

Med. Klinik, 12 giu. — W. LEHMANN. Difesa contro il dolore e lotta contro il dolore in chirurgia.

Haematologica, III. — E. STORTI. Anemia sperimentale da botriocefalo. — L. CATTANEO. Eosinofilia costituzionale.

Rass. internaz. di Clin. e Ter., 31 mag. — G. ZAGARI. Tbc. e sistema nervoso vegetativo.

Surg., Gyn. a. Obst., giu. — M. J. RENNER. La cosidetta prostata femminile. — H. FINSTERER e F. CUNHA. Trattam. chirurgico dell'ulcera duoden. — M. DOUGLAS e D. SHELDON. Trattam. della cellulite pelvica.

Accad. Med., 15 giu. — N. PENDE. Anemia aplastica simulante una subleucemia.

Arch. di Antrop. Crim. ecc., Supplem. al fasc I. — Fascicolo giubilare. — Supplem. al fasc. VI. Atti del 4° congresso it. di med. leg.

Acta Med. Scand., V-VI. — K. FABER. Tbc. polm. peri-ilare nell'adulto. — A. JOSEFSON. Dimagram. cerebrale. — N. GELLERSTEDT e C. GRILL. Diabete mellito e insipido combinati.

Revue Belge des Sc. Méd., mag. — Numero giubilare di A. Lemaire.

Anales Fac. de Med. (Montevideo), gen.mar. — J. C. DEL CAMPO. Circolaz. del duodeno. — D. PRAT. Occlusione e ostruzione intestinale.

Lancet, 20 giu. — M. CRITCHLEY. La neurologia della vecchiaia.

Med. Klinik, 19 giu. — A. DECASTELLA. Empirismo e teoria nel trattam. delle malattie del sistema emopoietico.

Pathologica, 15 giu. — G. B. GIULIANINI. Patogenesi dell'arteriosclerosi del piccolo circolo. — M. REVELLO. Malarioterapia e paralisi progressiva.

Wien. Klin. Woch., 19 giu. — W. BERGER. La dottrina allergica in medicina interna.

Revue Belge des Sc. Méd., mag. — Numero giubilare di A. Lemaire.

Deut. Med. Woch., 19 giu. — SIGERIST. Il medico e l'ambiente. — METTERNAIER. Quando il medico è autorizzato ad interrompere la gravidanza.

Amer. Med., mag. — D. A. LAIRD. Le abitudini di sonno. — I. I. KAPLAN. La terapia del sorriso.

Minerva Med., 9 giu. — P. A. MEINERI. Azione di sostanze pomfogene nel lupus volgare.

Paris Méd., 20 giu. — Numero di farmacol.

Revue de Méd., giu. — PÉHU e L. FAURE. Le scissuriti tubercolari dell'infanzia. — G. BLECHMANN e A. BOHN. Trattamenti della paralisi infant.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 giu. — Numero di neurologia.

Amer Journ. Obst. a. Gyn., giu. — Dal congresso nord-amer. per la salute e la tutela dell'infanzia.

Ann. Inst. Pasteur, giu. — S. TARANOFF. Febbre fangosa. — F. D'HERELLE e A. GRATIA. Fenomeno di Twort e batteriofagia.

Lancet, 27 giu. — B. SALOMONS. Sepsi ostetrica: trattamento e prevenzione. — C. FRASER BRECKINGTON. Caduta della pressione arteriosa nella difterite.

Indice alfabetico per materie.

V. ASCOLI †, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier

ANNO XXXVIII Roma, 28 Settembre 1931 - IX Num. 39

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Catania.
Direttore: Prof. L. FERRANNINI

Sul problema dei portatori di "Entamoeba histolytica",,

Dott. ROSARIO GRASSO, assistente volontario.

Negli Stati Uniti d'America, le statistiche registrarono un brusco aumento di numero dei casi di dissenteria amebica e di amebiasi epatica dopo la guerra Ispano-Americana e la guerra delle Filippine. Lo stesso fenomeno fu segnalato in Germania all'epoca del ritorno delle truppe dalla spedizione dei Boxer. Analogamente, in Italia, il problema dell'amebiasi si impose all'attenzione degli studiosi all'epoca della guerra libica, in Sicilia per opera di M. Ascoli e della sua scuola.

Tutti questi episodi starebbero a dimostrare che la guerra, con l'ammassamento e la promiscuità di uomini provenienti da regioni diverse e lontane, con l'intervento di truppe coloniali, con i disagi fisici, gli strapazzi eccezionali, la vita in condizioni igieniche forzatamente lamentevoli, il ritorno in patria dei combattenti malati o infetti, abbia costituito il fattore fondamentale di diffusione dell'infezione amebica. E di fatto molti AA. inclinano a ritenere che con la guerra mondiale debba identificarsi la causa della diffusione universale dell'amebiasi. Da questa opinione ebbero origine nel 1916 le ricerche di Ravaut e Krolunitsky, che esaminarono le feci di 200 soldati provenienti dai campi di battaglia, e riscontrarono l'*Entamoeba histolytica* nel 5 % dei casi.

Ancora più convincenti sembrano i risultati delle ricerche di Kofoid, il quale nel 1919, su 2300 soldati apparentemente sani che avevano prestato servizio oltremare trovò 297 portatori di *Entamoeba histolytica*, cioè 12,8 %, mentre su 576 territoriali il parassita fu trovato solo in 25, cioè nel 4,3 %. Risultati analoghi, sebbene con percentuali notevolmente più elevate, ottenne lo stesso A. ricercando il parassita fra gli studenti dell'Università di California, reduci dal servizio militare.

Un altro fattore di propagazione dell'infezione amebica sarebbe da ricercare nel grande sviluppo delle comunicazioni intercontinentali e del traffico coloniale (immigrati e reduci infetti).

Se questi elementi hanno avuto un'importanza notevole per l'importazione e l'attecchimento endemico dall'infezione in alcuni o in molti paesi, bisogna tener presente che in altri sono stati dimostrati centri sicuramente autoctoni di amebiasi, esenti da ogni forma di contagio extraterritoriale.

Ad ogni modo, è certo che il problema dell'infezione amebica, che vent'anni fa veniva ancora considerato come un capitolo di patologia esotica, ha ormai assunto le proporzioni dell'importanza universale. In relazione a questo mutamento di condizioni, lo studio di esso ha fatto progressi notevoli, per opera di numerosi osservatori di tutto il mondo.

Una volta, amebiasi intestinale era sinonimo di dissenteria amebica, ed amebiasi epatica era sinonimo di ascesso del fegato.

Col progredire delle indagini e delle osservazioni, questi concetti vennero radicalmente modificati: in quanto si vide che nel caso della localizzazione intestinale la comparsa della sindrome dissenterica non è affatto la regola, sia perchè l'entercolite amebica può assumere forme cliniche varie, niente affatto diarroiche (forma dispeptica, forma pseudo-appendicolare, forma stiptica), sia perchè il protozoo può colonizzare l'intestino senza produrre alcun segno della sua esistenza (portatori di ameba). Analogamente, nel caso della localizzazione epatica l'evoluzione patogenetica dell'affezione può essere varia, sicchè il classico ascesso dal fegato non è che una, e forse nemmeno la più frequente, forma clinica dell'amebiasi epatica.

Se questi concetti, relativi alla diffusione dell'infezione amebica ed al suo insospettato polimorfismo nosografico, sono stati già abbastanza messi in rilievo dagli studiosi ed assimilati dai pratici, ben altrimenti stanno le cose per quel che riguarda il lato epidemiologico e profilattico.

In questo campo, la massima importanza spetta naturalmente al problema dei portatori.

Per avere un'idea della sua entità, ho voluto determinare la percentuale dei portatori di *Entamoeba histolytica* fra gli ospedalizzati ricoverati nella nostra Clinica. Per questa ricerca, vennero scelti, fra il materiale accolto in Clinica, soltanto gli ammalati di affezioni varie, in massima parte non dal tubo digerente, e che comunque non avevano mai sofferto disturbi intestinali notevoli.

Per agevolare l'indagine microscopica, uno o due giorni prima dell'esame coprologico gli infermi venivano tenuti ad una dieta priva di elementi vegetali. Il giorno dell'esame, a digiuno, ad essi veniva somministrato un generoso purgante salino (per gli adulti, 35 gr. di solfato di sodio).

Le feci, appena emesse, e fino al momento dell'esame microscopico, erano tenute a 37°; si sottoponevano all'esame tutte le scariche, a cominciare dalla seconda. Gli esami a risultato negativo venivano per maggiore sicurezza ripetuti a qualche giorno o a qualche settimana di intervallo.

Sono stati sottoposti all'indagine complessivamente 60 pazienti, in massima parte uomini. La tabella riassume i risultati.

Su 60 pazienti non manifestamente enteropatici, dunque, in 21 l'esame delle feci diede risultato positivo per l'*Entamoeba histolytica*, cioè nel 35 %. Di questi, solo 4 presentavano soltanto forme cistiche: gli altri dimostravano tutti forme vegetative. Nessuno di questi ammalati soffriva nè aveva sofferto disturbi intestinali notevoli; solo in due (NN. 29 e 41) la somministrazione del purgante fu seguìta da qualche giorno di diarrea (3-4 scariche semiliquide, contenenti muco ma non sangue). Dalla nostra statistica non è possibile desumere dati relativi ad eventuali differenze di frequenza rispetto al sesso, nè all'età. Nella dovuta considerazione bisogna tenere la circostanza che il materiale ospedaliero, nelle nostre regioni, proviene quasi esclusivamente dagli infimi strati sociali, cioè da quelli in cui regime di vita ed ambiente igienico sono estremamente difettosi.

A risultati notevoli, invece, conduce l'analisi della diversa frequenza in relazione alle malattie. Come risulta dalla tavola, dei nostri portatori due erano luetici, due ammalati di febbre mediterranea, uno di carcinoma gastrico, uno non era ammalato: gli altri 15 presentavano affezioni varie dell'apparato respiratorio.

Fra questi, troviamo 3 pleuriti, una polmonite lobare, un'asma bronchiale, *10 ascessi polmonari*.

Di questa enorme frequenza di portatori di entamoeba fra gli ammalati di ascesso polmonare (nella nostra statistica, 10 su 16), alla quale non sembra ragionevole attribuire il valore di pura coincidenza, tornerà a parlare un

N. d'ord.	Nome	Età	Diagnosi clinica	Esame coprologico		
				Data	Risultato	Osservazioni
1	Stefano D. .	50	Ascesso polmonare D.	24-2-30	Numerose forme mobili di Entam. Histolytica	1-3-30: Rare forme mobili e cisti di Entam. Histolytica
2	Vito O.	37	Lues costituzionale	10-3-30	Rare forme mobili e cisti di Entam. Histolytica	18-3-30: Rare forme mobili e cisti di Entam. Histolytica
3	Vito C. . . .	14	Ascesso polmonare S.	13-3-30	Rare forme mobili di Entam. Histolytica	21-3-30: Scarso numero di cisti di Entam. Histolytica
4	Mauro S. . .	14	Febbre Mediterranea	15-3-30	Numerose forme di Lamblia intestinalis	23-3-30: Rare cisti di Lamblia Intestinalis
5	Salvatore C.	63	Cirrosi atrofica di Laennec	30-3-30	Rarissime forme mobili di Entam. Coli	—
6	Alfio C. . . .	16	Stenosi ed insufficienza mitralica	29-2-30	Negativo	7-3-30: Negativo
7	Giuseppe S.	56	Lues cardiaca ed epatica	26-1-30	Negativo	4-2-30: Negativo
8	Michele Q. .	48	Ascesso polmonare D.	19-6-30	Negativo	27-6-30: Negativo
9	Agatino C. .	18	Ascesso polmonare D.	16-3-30	Negativo	24-3-30: Negativo
10	Francesco C.	49	Carcinoma gastrico	26-3-30	Scarso numero di cisti di Entam. Histolytica	4-4-30: Scarso numero di cisti di Entam. Histolytica
11	Giuseppe N.	13	Febbre Mediterranea	19-3-30	Rare forme mobili di Entam. Coli	—
12	Filippo M. .	24	Febbre Mediterranea	26-3-30	Rare forme cistiche di Entam. Coli	—
13	Pietro C. . .	31	Lues costituzionale	14-3-30	Numerosissime forme mobili di Lamblia Intestinalis	22-3-30: Rare forme mobili di Lamblia Intestinalis
14	Ignazio V. .	14	Morbo di Roger	11-3-30	Rare forme mobili di Entam. Coli e di Cerchomonas hominis	—
15	Felice M. . .	32	Infrazione volta cranica	28-3-30	Negativo	6-4-30: Negativo
16	Salvatore L.	34	Malaria estivo-autunnale	15-4-30	Negativo	23-4-30: Negativo
17	Salvatore C.	37	Aortite luetica	19-3-30	Negativo	27-3-30: Negativo
18	Biagio V. . .	58	Ascesso polmonare S.	13-4-30	Rare forme mobili di Entam. Histolytica	21-3-30: Rare forme mobili di Entam. Histolytica
19	Vincenzo M.	53	Ascesso polmonare destro. Empiema pl. D.	10-4-30	Rare forme mobili di Entam. Histolytica	19-4-30: Rare forme cistiche di Entam. Histolytica
20	Giuseppe C.	14	Ascesso polmonare S.	12-4-30	Rare forme mobili di Entamoeba Coli e di Lamblia	—
21	Domenico C.	69	Diabete mellito	24-4-30	Negativo	3-5-30: Negativo
22	Rosaria B. .	47	Ascesso polmonare S.	18-4-30	Discreto numero di forme mobili di Entam. Histolytica	26-4-30: Scarso numero di forme mobili di Entam. Histolytica
23	Santa M. . .	45	Ascesso polmonare D.	18-4-30	Discreto numero di cisti e di forme mobili di Entam. Histolytica	26-4-30: Rare cisti di Entam. Histolytica
24	Concetta D. .	57	Ascesso polmonare D.	27-3-30	Negativo	6-4-30: Negativo
25	Giuseppe P.	33	Polisierosite luetica	26-4-30	Numerose forme mobili di Cerchomonas hominis	—
26	Luigi B. . .	59	Polisierosite T. B. C.	26-2-30	Negativo	6-3-30: Negativo
27	Giuseppe I. .	61	Ascesso polmonare D.	10-5-30	Rare forme mobili di Entam. Histolytica	18-5-30: Rare forme mobili di Entam. Histolytica
28	Raffaele S. .	25	Ascesso polmonare D.	22-4-30	Cisti di Entam. Histolytica	28-4-30: Rare cisti di Entam. Histolytica

N. d'ord.	Nome	Età	Diagnosi clinica	Esame coprologico		
				Data	Risultato	Osservazioni
29	Giuseppe G.	44	Ascesso polmonare D.	19-7-30	Rare forme mobili e cisti di Entam. Histolytica	27-7-30: Discreto numero di forme mobili di Entam. Histolytica
30	Alfio S. . . .	45	Lues terziaria	12-5-30	Numerosissime forme mobili di Cerchomonas hominis	—
31	Michele M. .	15	Insufficienza m.	12-6-30	Negativo	20-6-30: Negativo
32	Alfio D. . . .	34	Gastrite	12-5-30	Negativo	20-5-30: Negativo
33	Salvatore L.	36	Malaria terzana semplice	12-5-30	Negativo	20-5-30: Negativo
34	Giuseppe M.	74	Bronchite	16-5-30	Negativo	25-5-30: Negativo
35	Corrado G. .	17	Polmonite lobare d.	10-5-30	Rare forme mobili di Entam. Histolytica	18-5-30: Rare forme mobili e cisti di Entam. Histolytica
36	Basile Gius.	54	Arteriosclerosi	18-5-30	Negativo	26-5-30: Negativo
37	Michele A. .	40	Diabete mellito	27-4-30	Negativo	7-5-30: Negativo
38	Salvatore C.	55	Aortite luetica con insufficienza a.	26-5-30	Negativo	8-6-30: Negativo
39	Antonino F.	34	Pleurite essudativa s.	28-5-30	Rare forme mobili di Entam. Histolytica	6-6-30: Rare cisti di Entam. Histolytica
40	Domenico S.	43	Ascesso polmonare S.	20-6-30	Negativo	28-6-30: Negativo
41	Pasquale P.	49	Ascesso polmonare D.	17-7-30	Numerose forme mobili di Entam. Histolytica	25-7-30: Numerose forme di Entam. Histolytica
42	Antonino M.	20	Influenza	8-6-30	Negativo	16-6-30: Negativo
43	Antonino C.	40	Bronchite	18-9-30	Negativo	26-9-30: Negativo
44	Gaetano A. .	43	Crisi gastriche in tabico	18-7-30	Rare cisti e rare forme mobili di Entam. Histolytica	26-7-30: Scarso numero di cisti di Entam. Histolytica
45	Angelo Q. . .	35	Pleurite essudativa s.	12-8-30	Rare forme mobili e cisti di Entam. Histolytica	20-8-30: Rare forme mobili e cisti di Entam. Histolytica
46	Filippo M. .	50	Bronchite	16-9-30	Negativo	—
47	Giovanni D.	13	Febbre Mediterranea	28-6-30	Rare cisti e forme mobili di Entam. Histolytica	6-7-30: Rare cisti di Entam. Histolytica
48	Gaetano V. .	65	Aortite luetica con insufficienza a.	16-8-30	Negativo	24-8-30: Negativo
49	Andrea P. . .	23	Ascesso polmonare D.	9-7-30	Negativo	17-7-30: Negativo
50	Gioacchino P.	33	Malaria estivo-autunn.	22-8-30	Negativo	30-8-30: Negativo
51	Rosario P. .	16	Pleurite essudativa D.	28-8-30	Rare forme mobili di Entam. Histolytica	6-9-30: Discreto numero di forme mobili di Entam. Histolytica
52	Michele B. .	41	Steno-insuff. mitral.	28-8-30	Negativo	6-9-30: Negativo
53	Carmelo S. .	34	Dispepsia gastrica	3-12-30	Negativo	11-12-30: Negativo
54	Antonino C.	21	Malaria terzana semplice	10-9-30	Negativo	18-9-30: Negativo
55	Saturno S. .	48	Asma bronchiale	24-7-30	Numerose forme mobili di Entam. Histolytica	30-8-30: Numerose forme mobili di Entam. Histolytica
56	Francesco M.	70	Leucemia linfatica	25-8-30	Negativo	3-9-30: Negativo
57	Antonino S.	29	Febbre Mediterranea	15-8-30	Rare forme mobili di Entam. Histolytica e numerosi tricomonas hominis	23-8-30: Rare forme mobili di Entam. Histolytica
58	Salvatore G.	82	Carcinoma epatico	6-8-30	Negativo	14-8-30: Negativo
59	Corrado V. .	25	Carcinoma epatico	15-9-30	Negativo	23-9-30: Negativo
60	Giuseppe D.	40	N. N.	20-9-30	Rare forme mobili di Entam. Histolytica	28-9-30: Rare forme mobili di Entam. Histolytica

altro assistente della Clinica, occupandosi delle suppurazioni polmonari.

In un'altra serie di ricerche, ancora in corso, ho voluto esaminare le deiezioni di tutti i familiari di soggetti affetti da amebiasi intestinale od epatica, e rispettivamente di portatori senza disturbi. Anticipando sui risultati definitivi dell'indagine, che a suo tempo saranno comunicati a parte, posso riferire che finora ho esaminato:

A) la famiglia di un ammalato di epatite amebica acuta colliquata (4 membri: moglie e tre figli);

B) la famiglia di un ammalato di amebiasi intestinale, tipo dissenterico acuto (2 membri: moglie ed un figlio);

C) la famiglia di un portatore, N. 60 della statistica di cui sopra (4 membri: moglie e 3 figli).

Ho trovato tre portatori nella famiglia *A*) (i tre figli), uno nella *B*) (la moglie), due nella *C*) (la moglie ed un figlio): tutti di tipiche forme vegetative.

Questi risultati sembrano molto interessanti specialmente dal punto di vista epidemiologico e profilattico, tanto più che sono analoghi a quelli di qualche altro A. (1); e comunque incoraggiano ad intensificare la ricerca sistematica orientata in questo senso.

CONCLUSIONI.

1) Esaminando a fresco le feci da purgante di 60 pazienti ricoverati nella Clinica Medica di Catania, affetti da malattie varie in massima parte non del tubo digerente, l'A. rinvenne l'*Entamoeba histolytica* in 21 casi, cioè nel 35 %.

2) Nella massima parte dei casi (17) le feci contenevano forme vegetative; solo in 4 soggetti furono rinvenute soltanto forme cistiche.

3) Nessuno di questi portatori di amebe soffriva nè aveva mai sofferto disturbi intestinali notevoli.

4) Dei 21 portatori, 15 presentavano affezioni varie dell'apparato respiratorio: fra questi, *10 erano ammalati di suppurazioni polmonari (ascesso) acute e croniche.*

5) In ricerche collaterali, l'A. esaminò le feci da purgante di tutti i familiari di un amebico epatico, di un amebico intestinale e di un portatore, rinvenendo tre portatori su 4 nella prima famiglia, 1 portatore su 2 nella seconda, 2 portatori su 4 nella terza.

(1) Dell'Aquila (*Policlin.*, *Sez. prat.*, 1930. N. 25) trovò 7 portatori su dieci componenti la famiglia di un amebico.

RIASSUNTO.

L'A., praticando l'esame coprologico di 60 ricoverati nella Clinica Medica di Catania, non affetti da malattie dell'apparato digerente, riscontrò l'*Entamoeba histolytica* in 21 casi, cioè nel 35 %. *Dei 21 portatori 10 erano affetti da suppurazioni polmonari.* Fra 10 familiari di ammalati di amebiasi (3 famiglie) l'A. rinvenne 6 portatori (60 %).

OSSERVAZIONI CLINICHE.

R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stab. Riun. di Firenze

I Turno Chirurgico

diretto dal prof. Oscar Marchetti.

Rara lesione da morso di cane.

Dott. Giuseppe Lucchese, aiuto.

Non sono certamente frequenti le lesioni da morso di cane del tipo di quella che ho avuto occasione di osservare recentemente presso questo Turno Chirurgico, al quale continuamente pervengono lesionati d'ogni specie.

La rarità della lesione, la modalità con cui questa è stata prodotta, ed inoltre l'opportunità che essa offre per alcune considerazioni riguardanti la resistenza dei tendini alle violenze esterne, m'hanno indotto a farne una breve esposizione.

Si tratta di un uomo, T. Francesco, di 73 anni, giardiniere, di Firenze.

Si presenta alla Sala di Pronto Soccorso dell'Ospedale, da dove viene poi subito internato in questo Turno Chirurgico, la mattina del 4 febbraio 1931.

Riferisce che circa mezz'ora prima recandosi a lavorare in un giardino, veniva improvvisamente assalito da un grosso cane-lupo. Non ha avuto il tempo di fuggire nè di difendersi in alcun modo: il cane già gli afferrava con un potente morso il dorso della mano destra. L'animale infuriato non abbandonava la presa se non dopo avere ricevuto dal custode alcuni colpi di bastone sulla testa.

Il nostro infermo presenta una ferita lacera al dorso della mano destra modicamente sanguinante e da cui si vedono pendere due lunghi cordoni biancastri, lucenti, che misurano circa 25 cm. ed alla cui estremità sono attaccati alcuni fasci carnosi muscolari: sono i tendini estensori del 3° e 4° dito. Riportandoli sullo stesso asse dell'arto si osserva come il loro estremo raggiunge il terzo superiore dell'avambraccio. Distalmente essi hanno conservato la loro inserzione sulle dita, e i due tendini distinti l'uno dall'altro scompaiono sotto la cute sana delle rispettive falangi. Verso il lato prossimale i due tendini invece si vanno ravvicinando fra di loro per poi aderire l'uno all'altro a cominciare dal terzo medio dell'avambraccio in su, fino all'estremità superiore libero.

Come ne fanno testimonianza le fibre muscolari rimaste aderenti all'estremità dei tendini il distacco, o meglio, lo strappo di essi è avvenuto in corrispondenza del ventre muscolare da cui i tendini stessi hanno origine cioè dal ventre del « M. extensor digitorum communis ».

Nella ferita del dorso della mano oltre le parti molli è anche interessato lo scheletro con una scheggiatura del 4° osso metacarpale. La cute dell'avambraccio è assolutamente integra.

Si pratica un'accurata toelette della ferita; si è costretti a sacrificare i tendini perchè la loro nutrizione e vitalità appare compromessa. I lembi della ferita vengono ravvicinati con punti in crine e si lascia un drenaggio di garza iodoformica.

Viene praticata la iniezione preventiva di siero antitetanico. Il cane viene posto sotto il controllo dell'Istituto Antirabico.

Si è avuta la guarigione per seconda, naturalmente con l'abolizione della estensione delle dita terzo e quarto.

Fra le lesioni dei tendini quella da strappamento non è infrequente. Non prendo in considerazione lo strappo tendineo che avviene in conseguenza della contrazione brusca ed eccessiva del corrispondente ventre muscolare, perchè la lesione riconosce in tal caso un meccanismo suo particolare. Riferiamoci invece al caso in cui lo strappo tendineo si ha indipendentemente da qualunque contrazione muscolare, o se essa esiste, non è tale da entrare in giuoco nel meccanismo di detta lesione. Al di fuori dunque d'ogni contrazione muscolare lo strappo del tendine si produce quando esso viene fortemente stirato nel senso della sua lunghezza. Si tratta per lo più di un grave traumatismo in cui si ha l'avulsione di uno o più dita, o addirittura si ha l'asportazione della mano. I tendini allora si possono strappare, come avviene nei due terzi dei casi, in un punto più o meno distante dalla ferita e spesso in corrispondenza dell'attacco del tendine sul muscolo. Così dalle dita o dalla mano strappate si possono veder pendere dei lunghi cordoni costituiti dai tratti tendinei. Lesioni di questo tipo sono state notate il più spesso a carico del lungo flessore delle dita.

Quella da me osservata va ascritta essa pure alle lesioni da strappamento ma la causa ed il meccanismo di produzione sono alquanto differenti ed inusitati.

I lunghi denti del cane infissi nelle parti molli del dorso della mano hanno agganciato i tendini estensori del terzo e quarto dito senza sezionarli o gravemente lederli nel punto della presa, ma stirandoli fortemente e forzando i loro punti di attacco sia superiore che inferiore. Le inserzioni inferiori ossee rafforzate come sono in questo punto dai resistenti mesotendini ed altre robuste fibre apronevrotiche, hanno resistito alla forza dello stiramento; hanno ceduto invece, verso l'alto, le zone di attacco del tendine col muscolo, come lo dimostrano le fibre muscolari rimaste aderenti al tendine stesso. Lo strappo è avvenuto in un sito lontano dal punto di applicazione della forza e precisamente a 25 cm. di distanza.

Ecco come il tendine stirato, in questo caso, in un suo punto intermedio, a mo' di una corda di violino, si è spezzato ancora nel suo punto di elezione, e cioè in corrispondenza del suo attacco col muscolo. Ciò non è, secondo me, dovuto semplicemente al fatto che il tratto superiore era più lungo del tratto inferiore rispetto al punto di applicazione della forza, ma è dovuto invece al fatto che il punto

dove il tendine si attacca al muscolo costituisce una zona meno resistente e che più facilmente cede.

RIASSUNTO.

Si tratta di una rara lesione da morso di cane, precisamente di una ferita lacera del dorso della mano destra con lo strappo dei tendini estensori del terzo e quarto dito, avvenuto al terzo superiore dell'avambraccio, in corrispondenza del punto di attacco dei tendini stessi al muscolo.

Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Modena
diretto dal Prof. PAOLO FIORI.

Le conseguenze funzionali della sezione dei tendini estensori del medio e dell'anulare della mano.

Dott. UMBERTO FOGLIANI, ass. onorario

Fra le lesioni traumatiche che offrono il maggior contingente di casi alla piccola chirurgia l'interruzione completa di uno o più tendini della mano è senza dubbio una delle più frequenti.

La sua importanza non ha bisogno di essere dimostrata, ben sapendosi di quanto resta menomata la capacità funzionale di una mano quando un dito non possa più essere esteso o flesso. Il compito diagnostico è considerato come molto facile in quanto la perdita della motilità, estensione e flessione, di un dito, quando possono escludersi, cosa di solito agevole, lesioni nervose e scheletriche, viene indicata come patognomonica della interruzione tendinea. Criterio questo che è esatto, ma che non trova uguale riscontro nella proporzione inversa che cioè interruzione tendinea equivalga in ogni caso a perdita della funzione. La diastasi, infatti, dell'estensore del medio o dell'anulare, allorchè si verifica a livello del terzo medio o del terzo superiore del metacarpo, può passare inosservata se non si ha l'avvertenza di mettere in opera quegli accorgimenti semeiologici che, come ha dimostrato il Prati, trovano la loro spiegazione nella peculiare disposizione delle anastomosi esistenti fra i tendini dell'estensore comune. Purchè la sezione avvenga al di sopra di tali anastomosi (Juncturae tendinum), tranne taluni casi eccezionali, non ne deriva alcuna delimitazione della funzionalità globale delle dita. Al contrario se la sezione si verifica al di sotto, la motilità è soppressa nel senso più assoluto e i danni che ne derivano non sono indifferenti se non si interviene cruentemente.

Le osservazioni, di cui ora riferirò brevemente, vogliano essere una documentazione clinica dei concetti che ho accennato come premessa; concetti di non trascurabile utilità pratica ed indispensabili per un esatto apprezzamento delle lesioni tendinee del medio e dell'anulare.

OSSERVAZIONE I. (9-III-1930). — B. A., di anni 27. Mentre attendeva alla potatura, per un movimento falso, si colpiva con la roncola alla regione dorsale della mano sinistra. Ne seguì una piccola ferita cutanea, a direzione trasversale, profonda, situata ad un centimetro circa al di sopra dell'interlinea metacarpo-falangea del dito medio. Divaricando i lembi della ferita si intravedevano i due capi tendinei separati da una distanza variabile a seconda dei movimenti di flessione e di estensione del medio.

Facendo iperestendere al paziente le dita si osservava che il medio, con movimento un po' più lento, seguiva le altre dita fino a portarsi allo stesso livello, mascherando così la lesione del suo tendine. Se invece il paziente veniva invitato a sollevare il solo medio, questo non si spostava menomamente dalla posizione di flessione abituale.

Posizione del dito medio, il cui tendine è completamente sezionato, nell'iperestensione delle dita della mano.

OSSERVAZIONE II. — B. E., di anni 21.
Il meccanismo patogenetico che ha determinato la sezione del tendine è quello stesso del caso precedente: colpo di roncola.

Il tendine colpito è anche qui l'estensore del medio della mano sinistra.

All'esame obbiettivo si notava in corrispondenza del terzo metacarpale, a livello dell'unione del terzo medio col terzo inferiore, una ferita cutanea lunga circa due centimetri, a direzione obliqua, abbastanza profonda. I due capi del tendine sezionato erano visibili nel fondo della ferita divaricata.

Invitando il paziente ad iperestendere le dita della mano, si osservava che anche il medio si sollevava con più lentezza però, senza raggiungere completamente il livello delle altre (v. fotografia).

Quando invece il paziente tentava di sollevarlo isolatamente tenendo le altre dita in posizione di flessione non riusciva ad imprimergli il minimo movimento.

Dai rilievi clinici dei nostri pazienti scaturiscono due considerazioni, l'una d'indole diagnostica, l'altra terapeutica.

Si è visto, infatti, che la motilità del medio è possibile nonostante l'interruzione del suo tendine allorchè si contrae l'estensore comune delle dita, mentre ciò non avviene nei tentativi di contrazione isolata del solo estensore del medio. La ragione di tale apparente contraddizione risiede nella peculiare disposizione anatomica dei tendini dell'estensore comune.

È noto che tra i rami tendinei dell'estensore comune si trovano delle anastomosi rappresentate da veri e propri fasci di fibre, che nell'insieme costituiscono una sorta di piccolo tendine assai resistente. Questi fasci originano da un tendine in corrispondenza circa del terzo inferiore del metacarpo, obliquano in basso e radialmente e si congiungono all'altezza della testa del metacarpale relativo col tendine vicino. Esse si dispongono quasi unicamente fra tre tendini: quello del mignolo, dell'anulare e del medio. Il fascio fibroso anastomotico che ricongiunge l'anulare al medio è quasi costante. (124 su 130; Prati). La fettuccia tendinea posta tra il mignolo e l'anulare è pure molto frequente. (114 su 130; Prati).

Si comprende quindi come una lesione completa di uno dei due tendini in parola, quello dell'anulare e del medio, allorchè abbia sede al di sopra delle anastomosi, non determini la perdita della funzione del dito in quantochè subentra in funzione vicariante la giuntura intertendinea. Che queste anastomosi siano atte alla nuova funzione che sono chiamate a compiere lo dimostrano all'evidenza le osservazioni su riferite, in cui l'estensione del medio avveniva così integralmente da mascherare la lesione tendinea nel 1° caso, un po' meno bene nel secondo. Anche a distanza di tempo le Juncturae tendinum mantengono la loro funzionalità; anzi parrebbe logico che con l'esercizio dovessero reintegrare completamente la funzione del tendine perduta anzichè perdere in efficienza. Il Prati nel 1927 ebbe ad osservare un caso in cui, dopo tre mesi dalla lesione, la funzione del tendine perduto era reintegrata in modo da suscitare tra alcuni medici discussione sull'esistenza o meno della pregressa discontinuazione per l'accertamento dell'infortunio agli effetti dell'indennizzo. In questi casi in cui l'equivoco non è difficile, specie quando c'è di mezzo l'infortunio per cui bisogna guardarsi dalle insidie della simulazione, v'è dunque un sintoma prezioso in base al quale si può stabilire con sicurezza l'esistenza della lesione. Esso consiste, come già ho rilevato, nell'immobilità del medio e dell'anulare nei tentativi di estensione isolata delle rispettive dita; se il dito si mantiene nel suo abituale atteggiamento, non risente cioè della contrazione del suo tendine, è logico pensare ad una soluzione di continuo: tale sintoma è patognomonico.

Quando anche l'estensione globale delle dita della mano non riesce a sollevare il dito, la diagnosi di discontinuità non ha bisogno di ulteriori esami per essere ammessa e la sede, come è logico dedurre da quanto si è detto sopra, risiede sempre al di sotto delle giunture intertendinee.

Dal lato terapeutico il trattamento di scelta di ogni interruzione tendinea è, come è noto, la sutura dei monconi: intervento che deve essere quanto mai precoce per evitare la retrazione esagerata dei due capi tendinei. Nei casi speciali, però, di lesione tendinea del medio o dell'anulare con sede a monte delle anastomosi intertendinee il problema terapeutico non è, a mio modo di vedere, così assoluto. In linea generale penso che anche in questi casi la sutura dei monconi tendinei sia la via da seguirsi. Però se esiste forte retrazione dei capi tendinei tale da rendere l'intervento operatorio più indaginoso e quindi più serio, è forse meglio astenersi in quanto il rischio dell'intervento non è giustificato dal lieve danno funzionale che dalla discontinuazione residua.

Da quanto ho esposto credo di poter dedurre le seguenti conclusioni:

1) Che la discontinuità tendinea non significa sempre perdita assoluta del dito corrispondente.

2) Che la combinazione dei due sintomi: elevazione del medio o dell'anulare nell'ipercontrazione degli estensori della mano; immobilità del medio o dell'anulare nei tentativi di estensione isolata delle rispettive dita, depongono per la discontinuità di uno dei tendini con sede al di sopra del fascio anastomotico.

3) Che, accertata l'esistenza di lesioni tendinee del medio o dell'anulare con sede al di sopra delle anastomosi, se le condizioni locali rendessero indispensabile un intervento piuttosto indaginoso, è preferibile forse astenersi sapendo che il danno che ne consegue è quasi trascurabile rispetto al rischio dell'atto operatorio.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce due osservazioni da cui risulta che l'interruzione dei tendini estensori del medio e dell'anulare della mano al di sopra delle giunture intertendinee non è seguita dalla perdita completa della funzione del dito corrispondente il quale si può estendere consensualmente alle altre dita.

BIBLIOGRAFIA.

Prati M. *Sull'importanza delle giunture tendinee nelle lesioni dei tendini estensori della mano*. Arch. Ital. di Chir., Vol. XVII, fasc. 6, 1927.

SUNTI E RASSEGNE.

RICAMBIO.

Le origini dell'ossalemia.

(M. Loeper, P. Soulié e J. Tounet. *Presse Méd.*, 1° luglio 1931).

È classico dire che l'acido ossalico proviene da tre sorgenti principali: dagli alimenti, dalle fermentazioni intestinali e dai tessuti.

L'acido ossalico di origine *alimentare* può essere introdotto nel tubo digestivo in natura o dissimulato. Gli AA. propongono di chiamare *ossalofori* gli alimenti che lo contengono allo stato di sali e *ossaligeni* quelli che danno meno direttamente ad esso origine.

Tutti sono d'accordo sulla determinazione degli alimenti ossalofori. I legumi, il caffè, il tè, il cioccolato contengono degli ossalati nella proporzione di 1-3 per mille.

Molto discussa è invece la determinazione degli alimenti ossaligeni. Le esperienze fatte in proposito hanno dato risultati contradittori. Senza dubbio per apprezzare i risultati ottenuti con esse bisogna tener conto delle fermentazioni intestinali.

È classico dire che l'acido ossalico può provenire da queste *fermentazioni*. Molti microbi e parassiti, ospisti dell'intestino, compreso il b. coli, sono capaci di dare origine ad acido ossalico a spese delle sostanze alimentari. Le esperienze in proposito sono state fatte però *in vitro* e nulla dice che esse sarebbero positive nell'intestino umano. Tuttavia una esperienza molto interessante di Sandro permette di incriminare nell'ossalemia due bacilli, tutti e due capaci di fabbricare acido ossalico nell'intestino a spese degli idrati di carbonio.

Infine l'origine dell'acido ossalico può essere *endogena*.

Molti soggetti eliminano ossalati in quantità che non può essere giustificata dalla loro alimentazione. Bisogna in questi casi incriminare i tessuti, sia che l'azione di essi consista in un eccesso di formazione che in una insufficiente distruzione. A vero dire finora si è sopratutto considerata l'insufficienza della distruzione. L'acido ossalico è un corpo difficilmente combustibile. Per spiegare la diminuita distruzione di esso nei tessuti e nel fegato si può incriminare l'assenza di certe zimasi che agiscono sulle sostanze nutritive e le conducono alla loro completa trasformazione, e così anche l'alcalosi, la carbonemia, le variazioni dell'equilibrio acido-base.

Per gli AA. la quistione è più semplice. L'acido ossalico proviene dagli zuccheri, sia da quello introdotto che dai glucidi dei tessuti. Difatti la formula di costituzione dell'acido ossalico è indiscutibilmente più vicina a quella delle sostanze zuccherine che delle sostanze albuminose. Per quanto chimicamente l'acido ossalico possa provenire dalle albumine e da nucleo-proteidi, questo non potrebbe avvenire in grandi proporzioni. Gli alimenti ossaligeni sono dunque in prima fila gli zuccheri. E questa affermazione è vera nell'uomo quando viene sottoposto ad una alimentazione estremamente zuccherata e prolungata.

Un'altra prova è fornita dall'estrema frequenza della ossaluria e dell'ossalemia nei diabetici. Non si tratta in essi, secondo gli AA., di un disturbo di nutrizione parallelo alla glicosuria, si tratta di una relazione di causa ad effetto, poichè quando si riduce in questi malati l'alimentazione zuccherina e quando si dà loro l'insulina, si fa cadere con la glicosuria e con la glicemia anche l'ossaluria.

Se l'acido ossalico può originarsi dallo zucchero alimentare, esso si origina anche dalle riserve zuccherine o dagli elementi zuccherini costitutivi dei tessuti. Il glicogeno è una sorgente di acido ossalico. L'ossalemia è una *gotta ossalica ed idrocarbonata* ed è molto probabile che tutti gli alimenti zuccherini possano fare dell'acido ossalico.

Ma è qui che interviene evidentemente l'attività propria delle cellule e degli organi. Normalmente il metabolismo dei glucidi consiste in un processo alternativo di ossidazione e di idratazione che fa del glicogeno con lo zucchero, dello zucchero con il glicogeno e dell'acido carbonico in ultima analisi. L'intermediario ben noto è l'acido lattofosforico, cioè un elemento in cui entrano l'acido lattico ed il fosforo. Sembra agli AA. che l'acido ossalico possa, in queste trasformazioni successive, rimpiazzare l'acido lattico quando l'attività dei tessuti si trova ridotta. L'acido ossalico si origina spesso dall'attività rallentata degli elementi cellulari.

Gli AA. sono dunque portati ad ammettere che un disturbo qualunque della funzione del fegato, del cuore e del muscolo possa originare l'acido ossalico dagli zuccheri e dal glicogeno.

Ciò non esclude che un eccesso di alcalini-

tà possa originare dell'acido ossalico come non esclude che l'acido ossalico possa avere altra origine. Si può, per es., pensare che le fermentazioni dello zucchero nell'intestino possano produrre dell'acido ossalico meglio che il metabolismo dei tessuti. Così anche i grossi parassiti verminosi come la tenia, molto ricchi in glicogeno, sono degli elementi ossaligeni dei quali bisogna tener conto.

L'origine dell'acido ossalico è dunque nell'uomo:

1) nell'assorbimento eccessivo e nell'assimilazione rallentata degli zuccheri;

2) nel metabolismo difettoso e rallentato dei glucidi dei tessuti e sopratutto del glicogeno;

3) nella formazione intraintestinale di acido ossalico a spese di certi grossi parassiti come la tenia.

Da queste considerazioni derivano i precetti seguenti per il regime e per il trattamento.

Non bisogna solo sopprimere gli alimenti ossalofori, ma anche quelli ossaligeni, cioè gli zuccheri; occorre anche che non si abusi delle sostanze muscolari che non sono esclusivamente azotate. I pesci, da questo punto di vista, vanno meglio della carne.

Bisogna eccitare il fegato che è quasi sempre deficiente.

Bisogna sbarazzare l'intestino dai parassiti eventualmente presenti.

Occorre infine accelerare la nutrizione con l'esercizio, i movimenti respiratori, l'assorbimento di ossigeno, i medicamenti ossidanti, i raggi violetti, ecc. Fra questi ultimi mezzi il più efficace è l'insulina. L'insulina è uno dei migliori medicamenti attuali dell'ossalemia, poichè interessa direttamente la causa di essa, la combustione anormale dello zucchero.

C. TOSCANO.

Insulina e diabete insipido.

(P. INTROZZI. *La Clinica Medica Italiana*, maggio 1931).

L'azione dell'insulina, in base alle numerose ricerche eseguite in questi ultimi anni, va concepita non ristretta esclusivamente al ricambio dei carboidrati, ma attiva anche in altri stati patologici, che al diabete mellito soltanto si avvicinano per deviazioni di alcuni componenti il ricambio organico.

Le indagini dell'A. si riferiscono all'azione antidiuretica dell'insulina e alle modificazioni da essa indotte nell'equilibrio proteico del siero di sangue, nell'equilibrio dei cloruri del sangue e delle urine, e confermano in linea generale quanto Villa aveva dimostrato. Le indagini furono condotte su tre casi: un caso di diabete insipido puro ipercloremico-ipoclorurico, un caso di diabete insipido puro normocloremico-normoclorurico, e un caso di diabete misto: diabete mellito e diabete insipido ipofisario di tipo ipocloremico-iperclorurico.

L'A. ha osservato i fatti seguenti:

1) Azione antipoliurica dell'insulina per quanto non della stessa intensità in tutti i casi studiati.

2) Il fenomeno della sensibilità all'azione insulinica non è sempre e soltanto in rapporto col grado della cloremia perchè l'insulina ha manifestato azione antidiuretica sia nel caso di diabete insipido ipofisario di tipo ipercloremico, sia in quello di tipo normo-cloremico, sia nel caso di diabete mellito e insipido ipocloremico-iperclorurico.

3) Con la diminuizione della poliuria e della polidipsia non aumenta costantemente il peso specifico delle urine, poichè se in un caso questo aumentava col diminuire della poliuria, in un altro caso rimase sempre basso, anche quando la poliuria era ridotta della metà.

4) L'A. ha inoltre osservato in conseguenza del trattamento insulinico lieve ritenzione dei cloruri; lieve diminuizione della concentrazione proteica del siero; inversione del rapporto albumine-globuline del siero per aumento di queste ultime a scapito delle prime.

C. TOSCANO.

CUORE E CIRCOLAZIONE.

Blocco della branca destra.

(L. B. BOYD e S. I. TURKINTON. *The Quarterly Journ. of Medec.*, luglio 1931).

Un'analisi di 56 casi clinici con elettrocardiogrammi tipici è stata fatta dagli AA. con lo scopo di stabilirne la sintomatologia clinica e la prognosi.

Essi aderiscono all'opinione di Lewis che nel blocco della branca destra si ha un intervallo Q R S che supera 0,1", deflessione Q R S ampia, l'onda T larga ed opposta per direzione alla deflessione Q R S. Le alterazioni del complesso Q R S sono spiegate dal Lutembacher col fatto che l'elettrocardiogramma è unicamente sinistro nella prima fase e la contrazione del ventricolo D compare solo tardivamente.

Il blocco della branca destra è più frequente di quello della sinistra (99 contro 6 nella statistica di Wellius) e questo si spiega col fatto che a sinistra il circolo anastomotico della coronaria è più abbondante.

Gli AA. ritengono che il blocco della branca destra, una volta manifestatosi, sia permanente; c'è una sola eccezione a questa regola nella statistica di Cowan e Bramwell e tre altri casi sono riferiti nella letteratura. Danielopulo e Danulesco l'hanno osservato temporaneamen-

te stimolando il vago specialmente dopo iniezioni di adrenalina o di atropina.

Riguardo ai fattori etiologici gli AA. trovarono 9 volte l'infezione reumatica, 3 volte la sifilide, 2 volte l'endocardite batterica, 7 volte l'influenza recente, e 7 volte infezioni febbrili acute (scarlattina, tifo, ecc.). In 5 casi c'era anemia secondaria grave, in 5 casi bronchite e asma, in 4 casi nefrite e in 1 caso gotta, in uno gozzo e in uno strapazzo. In 10 casi non c'erano malattie precedenti.

36 casi erano in uomini e 20 in donne.

I sintomi sono per lo più quelli della degenerazione miocardica. In 43 casi c'era dispnea da sforzo e in 22 dolori da sforzo. In 34 casi c'erano i segni di insufficienza cardiaca.

Furono rilevati con frequenza varia palpitazioni, debolezza generale, insonnia, disturbi gastrointestinali, vertigini, sincope. In un caso non si avevano disturbi subbiettivi. L'edema si aveva solo in 13 casi. In quasi tutti il cuore era aumentato di volume. 34 malati avevano vizio mitralico e 8 vizio aortico. In due c'erano sfregamenti pericardici. Il ritmo triplo, che è stato dato come segno del blocco di branca, si ebbe solo 7 volte. 4 volte c'era fibrillazione auricolare, 1 volta polso alternante e 1 volta extrasistoli. C'era arteriosclerosi in 14 casi. 29 malati erano ipertesi e 14 albuminurici. Nella maggior parte dei casi in cui fu fatta la radiografia del cuore c'era cuore a scarpa.

Nei malati ospedalizzati la mortalità è stata del 73 %, nei non ospedalizzati del 42 %. In alcuni casi il malato può vivere anche più di 10 anni dalla diagnosi elettrocardiografica.

R. LUSENA

Valutazione dei risultati delle cure nell'ipertensione essenziale.

(D. AYMAN. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 20 giugno 1931).

L'A. è convinto che noi non possediamo ancora un metodo terapeutico efficace per la ipertensione essenziale. Ciò nonostante si leggono spesso dei rapporti favorevoli per questo o quel medicamento, giudizi che sono dovuti ad errori di apprezzamento nello studio sull'azione dei detti rimedî.

Tali errori sono dovuti a:

1) Labilità della pressione sanguigna. Questa varia, ed in limiti piuttosto ampî nelle varie condizioni; tende ad essere più bassa in un ambiente tranquillo che in uno rumoroso, durante il periodo di riposo, al mattino e tende ad essere del tutto normale durante il sonno.

Tali variazioni possono raggiungere anche 30-40 mm. Si deve, quindi aver cura di mettersi sempre nelle stesse condizioni per misurare la pressione.

2) La personalità ipertensiva. Vi è una tendenza reazionale individuale dell'ipertensivo, sicchè questi reagisce agli stimoli in modo diverso; così, in un sano l'eccitazione può far salire la pressione di 10-30 mm., mentre in un ipertèso, si potranno avere sbalzi di 30-100 mm.

3) Assenza di periodi di riposo. Spesso accade che alla prima visita la pressione viene presa subito, mentre in quelle successive al trattamento essa viene presa dopo un certo periodo di riposo, il che, naturalmente cambia le condizioni di osservazione. La terapia dovrebbe essere iniziata soltanto dopo che un congruo periodo di riposo ha stabilizzato, in certo modo, la pressione.

4) Insufficiente frequenza delle visite. Data la possibilità di sbalzi della pressione indipendenti dal trattamento, è necessario ripetere le determinazioni con grande frequenza, per non incorrere in errori. L'A. cita il caso di un paziente a cui, per tutta medicina, veniva data dell'*aqua fontis* colorata in rosa. La misurazione fatta in un giorno in cui la medicina non era stata presa mostrò un notevole aumento della pressione, aumento che, se si fosse trattato di uno specifico contro la malattia, sarebbe stato interpetrato come dovuto alla mancanza del rimedio ed avrebbe portato a giudizi erronei.

Così pure la pressione misurata di tanto in tanto da un medico frettoloso ha tutte le probabilità di conservarsi elevata; se invece il paziente è visitato accuratamente dal medico che mostra di interessarsi a lui e gli misura spesso la pressione, il paziente stesso rimane più soddisfatto, più tranquillo e ciò si traduce con un abbassamento della pressione.

5) L'insufficienza di osservazione prima della cura. Vi sono medici i quali asseriscono che le variazioni osservate nei loro pazienti non sono superiori ai 10 mm. In tali casi, si tratta evidentemente di individui con processi sclerotici renali, mentre nell'ipertensione essenziale le variazioni della pressione sistolica possono arrivare a 40-100 mm.; le variazioni di soli 10-30 mm. vanno attribuite ad insufficiente numero di osservazioni.

Tenuti presenti tutti questi fattori, quale diminuzione di pressione si dovrà ottenere per giudicare che essa si è abbassata? Dalle osservazioni fatte da G. Brown, misurando la pressione due volte al giorno continuamente per tre anni, risulta che, nei mesi di estate, si ha spontaneamente abbassamento di 10-20 mm.; sarebbe pertanto fuori di luogo di considerare come dovuto alla terapia un abbassamento di 10-20 mm., dopo un'osservazione di poche settimane in un paziente che ha una

pressione di 60-100 oltre la normale. Quindi, a condizione che siano stati considerati i fattori accennati, potrà giudicarsi dovuto alla terapia un abbassamento di almeno 30 mm. nella pressione sistolica.

È ora di finirla con l'apprezzamento vago dell'efficacia dei rimedî che tendono a diminuire la pressione; soltanto uno studio severo e condotto con tutto il rigore della scienza potrà condurci ad un giudizio equanime su di essi. *fil.*

Il sistema nervoso nell'ipertensione essenziale.

(G. NANNINI. *Cuore e circolazione*, maggio 1931).

L'A. ha studiato su 23 pazienti con ipertensione essenziale il modo di comportarsi del sistema nervoso vegetativo di fronte ai diversi reattivi.

Con adrenalina, si trovarono 8 individui reagenti come simpaticotonici e 6 come vagotonici puri; gli altri 5 reagirono in modo tanto irregolare da far pensare ad un'alterazione globale del sistema nervoso vegetativo, in cui le due sezioni si trovano in equilibrio instabile senza predominio nè dell'una, nè dell'altra.

Anche con l'atropina, nella maggior parte, si è osservato che il sistema nervoso vegetativo doveva essere toccato in modo globale; rarissimi i casi di simpatico- o vago-tonismo puri.

Con l'ergotamina non si ebbero risultati netti; così pure nessun interesse presenta la prova con istamina.

Risulta, in complesso, che nell'ipertensione essenziale, il sistema nervoso vegetativo è leso in senso globale (di ipo- od iper-eccitabilità) senza predominio nè del simpatico, nè del parasimpatico.

Tali lesioni nervose sarebbero verisimilmente secondarie ad un complesso di cause difficilmente ora determinabili, siano endocrine o dipendenti da alterazioni del metabolismo organico. *fil.*

ORGANI DIGERENTI.

Le perforazioni esofagee nel cancro dell'esofago.

(P. CARNOT. *Paris Médical*, n. 8, 1929).

L'A. ricorda due casi di perforazione dell'esofago da lui osservati.

Nel primo caso si trattava di un uomo di 47 anni che nel dicembre 1927 cominciò a notare disfagia e dolore retrosternale, che scompariva dopo l'ingestione di cibi solidi. Ogni lobo alimentare per passare aveva bisogno di un po' di acqua, o altrimenti si aveva il rigurgito. Da tali turbe si ebbe notevole dimagrimento (Kgr. 10).

Nel marzo 1928 fu sottoposto ad esofagoscopia e ne trasse giovamento, poichè in 4 mesi aumentò in peso 6 Kgr.

Nel luglio 1928 però le turbe ricomparvero più accentuate tanto che il paziente fu alimentato per via rettale. Fu allora praticata la radiografia e la esofagoscopia e fu formulata la diagnosi di neoplasma sottomucoso della parete postero-laterale a destra dell'esofago, appena ulcerato dell'altezza di circa cent. 2,1/2.

Dopo l'esofagoscopia, scomparve lo spasmo per alcune settimane e il paziente potè nutrirsi riacquistando 3 Kgr. di peso.

Dopo, i disturbi essendo ricomparsi, fu sottoposto ad iniezioni di atropina e novoarsenobenzolo, ricavandone notevole miglioramento.

Il 29 novembre all'improvviso, dopo aver preso una bevanda calda il paziente si sentì soffocare e la bevanda fu emessa dalle vie aeree.

I fenomeni asfittici si calmarono e si riprodussero, dopo l'ingestione di altro liquido. Contemporaneamente avvertì tosse stizzosa. L'ingestione dei solidi non determinava rigurgito, nè espulsione dalle vie aeree.

Con la radiografia si dimostrò la perforazione esofago-tracheale poichè dopo l'ingestione della soluzione borica, si ebbe inondazione di tutto l'albero bronchiale da parte del liquido opaco.

La denutrizione era estrema; la sete intensa, per cui fu necessario praticare la rettoclisi. Dopo qualche giorno il paziente morì.

All'autopsia si riscontrò che l'esofago presentava al terzo medio della sua sezione toracica, un'infiltrazione sotto-sierosa estesa; si trattava di un neoplasma infiltrante, con una perforazione centrale.

Il secondo malato, nel marzo 1928 presentava da qualche mese turbe della deglutizione, che l'avevano dimagrato enormemente.

Tutte le volte che prendeva liquido aveva tosse e rigurgito. La radioscopia mostrò una forte iniezione di tutto l'albero bronchiale del bario ingerito. La gastrotomia fu seguita da morte. All'autopsia si riscontrò nel terzo superiore dell'esofago un neoplasma, con ulcerazione centrale comunicante con la trachea.

La perforazione delle vie aeree affette da neoplasma non è molto rara (56 % Piperhof; 61 % Petre; 68 % Lacour; 38 % Samaja).

Nella metà dei casi la perforazione si riscontra nella trachea; nel quarto dei casi nei bronchi, specie nel sinistro; in un sesto dei casi nei polmoni e nella pleura; in molti casi le perforazioni sono multiple.

L'esofago lungo in media 25 cm. comprende una parte superiore o cervicale (di 5 cm. circa) e che si estende dalla cricoide alla forchetta sternale; una parte media o toracica (circa 16 cm.) estesa dalla forchetta sternale all'orificio del diaframma; una parte inferiore o addominale, comprendente lo spessore del diaframma (1,1/2 centimetro) ed il segmento car-

diale (3 centimetri). Da queste nozioni anatomiche ne derivano tre concetti fondamentali relative alle perforazioni esofago-aeree e cioè che:

1) Nel primo segmento le perforazioni sono esofago-tracheale (metà dei casi).

2) Nel secondo sono esofago-bronchiali e interessano quasi unicamente il bronco sinistro (quarto dei casi).

3) Nel terzo sono esofago-ganglionari e secondariamente aeree.

4) Infine, nel quarto caso sono esofago-pleuro-polmonari e interessano quasi unicamente la pleura ed il polmone destro.

La varietà di neoplasmi che può facilmente determinare perforazioni sono quelli localizzati nella parte media e toracica.

Alle volte si riscontrano perforazioni multiple che si hanno specialmente nelle forme infiltrate o sottomucose e nelle forme ulcerose.

La sintomatologia è caratteristica. All'improvviso il paziente ha la sensazione di soffocazione ed è colpito da crisi di tosse stizzosa e il liquido ingerito fuoriesce dalle vie aeree insieme con l'espettorato.

La prognosi è molto grave.

La gastrostomia d'urgenza è il solo rimedio possibile. T. Laurenti.

La cura del cancro dell'esofago.

(L. Dufourmental. *Paris Médical*, n. 30, 1930).

L'A. dopo aver ricordato che la chirurgia non ha dato risultati soddisfacenti nella cura di tale affezione, fa notare come allo stato delle attuali conoscenze la radiumterapia ha un grande interesse pratico e perciò sia utile non poco precisare la tecnica e far rilevare quali importanti risultati se ne possono ottenere.

Ricorda i brillanti risultati avuti dal Guisez, che, in alcuni casi, ottenne l'arresto nell'evoluzione del tumore.

Ne illustra un caso non poco dimostrativo.

Si tratta di un individuo di 55 anni affetto da cancro dell'esofago, e al quale era stata praticata una gastrostomia da 15 giorni.

Le sue condizioni generali erano molto scadenti, pesava 49 Kgr. con altezza di m. 1,80!

Con l'esofagoscopia si rilevò presenza di tumore in pieno mediastino, e l'esame istologico confermò la diagnosi clinica. Fu subito fatta una applicazione di 60 milligrammi di bromuro di radio, tenendolo in posto per 6 giorni. Il malato fu alimentato per 15 giorni dalla fistola gastrica, dopo di che fu ripresa l'alimentazione normale. Dopo 3 mesi il peso era aumentato di 15 Kgr.

Fu praticata quindi la chiusura della fistola gastrica, e il paziente raggiunse il peso di 80 Kgr.

Questo caso con esito così brillante fu seguito da altri in cui la sopravvivenza fu di 3-4 anni. Molti altri morirono per malattie intercorrenti.

Tecnica. Per quello che si riferisce alla tecnica, l'A. fa rilevare come faccia una seduta lunga e continua e 2 sedute con un intervallo di 24 ore.

La tecnica del Guisez è un po' differente, poichè pratica delle sedute brevi (5-6 ore), ripetute 6-8 volte. Egli fa delle sedute brevi poichè permettono il riposo dell'esofago e perchè crede che le lunghe applicazioni siano dannose per le pareti esofagee.

L'A. invece procede in questo modo.

Pratica, anzi tutto, un esame radiografico preliminare per localizzare la sede e la lunghezza della regione infiltrata. Dopo una esplorazione preliminare, pratica la esofagoscopia.

Dopo essere giunto sulla parte superiore del tumore, si cercherà di entrare nel lume dell'esofago con una candeletta n. 15-20 e, trovato il passaggio, si applicherà il radium.

L'apparecchio radifero è formato di un tubo filtrante all'interno del quale è il radium e di un frammento di tuba di caucciù che circonda tutto legato con un filo di seta n. 3. L'A. usa in genere una Nélaton n. 18-20.

Secondo la lunghezza del restringimento neoplastico si userà o uno solo o due tubi uniti capo a capo. Per mezzo di una pinza esofagea speciale, il tubo è situato nella stenosi neoplastica dove rimane mantenuto dalla costrizione della parete e dal filo sospensore, fissato alla guancia e al collo.

L'apparecchio così situato può essere tollerato, 4-5-8 giorni e il malato è alimentato con liquidi. Occorre sempre verificare se il tubo è in posto (radioscopia, lunghezza del filo esterno).

La quantità del radium e la durata dell'applicazione debbono essere stabilite dallo specialista. In genere 50 milligrammi di bromuro di radio hanno dato un'infiltrazione sufficiente dopo 4-6 giorni.

L'A. ha curato così un centinaio di casi ed ha ottenuto una guarigione apparente completa dopo 2 anni e mezzo; tre casi guariti da più di un anno.

Tra i casi antichi, due sono morti dopo più di tre anni di sopravvivenza. Gli altri hanno dato i seguenti esiti: 8 % di guarigioni apparenti da più di un anno; 31 % di miglioramenti.

Questa statistica non brillante è però migliore di quella data da altri metodi di cura.

L'avvenire, forse, potrà migliorare i risultati attuali, considerando che il cancro della porzione media dell'esofago è un tumore a evoluzione locale senza metastasi, mentre quello della bocca esofagea è radioresistente e quello del cardias si generalizza rapidamente, specie nel fegato. T. Laurenti.

L'estirpazione dei restringimenti infiammatorii del retto.

(H. HARTMANN. *Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, n. 21, 28 giugno 1930, p. 855).

L'A.,in confutazione della opinione ammessa da altri, sostiene, in conseguenza della sua esperienza, che convenga procedere all'asportazione dei restringimeni infiammatorii del retto.

Riporta all'uopo 66 osservazioni che si riferiscono ad ammalati operati per lo più da lui.

Egli praticò 6 amputazioni addomino-perineali e 3 volte seguì morte.

Tre volte furono incisi i restringimenti per via transanale. Gli ammalati, guariti operatoriamente, furono trattati con dilatazione per mantenere il miglioramento ottenuto.

L'A. giudica che in tali casi è indicata solo l'amputazione perineale, che praticò in 56 casi. Al principio praticò l'amputazione senza preoccuparsi dello sfintere (9 casi); i risultati furono mediocri (1 morto).

Risultati migliori ottenne con l'amputazione intrasfinterica, la quale permette una larga asportazione, nonostante la ristrettezza del campo operatorio. La tecnica all'uopo seguìta è simile a quella del processo Witehead per l'asportazione delle emorroidi. Si serve di una incisione circolare, che segue in avanti lo sfintere e che permette l'isolamento dell'ano e del retto per via cruenta, asportando anche il tessuto fibroso cicatriziale, fino alle fibre muscolari sane dello sfintere. L'isolamento del retto in alto si può fare a volte per via ottusa, fino a raggiungere i tratti di intestino sano. Non nuoce se occorre l'apertura del cul di sacco peritoneale. Il cilindro rettale abbassato si sutura alla cute con la sua parte sana, ed in modo completo, drenando il cavo operatorio sulla parte posteriore di una delle fosse ischiorettali con incisione dalla quale si esteriorizzano 2 tubi.

Su 17 amputazioni intrasfinteriche 2 volte si ebbe la morte. 31 operati si sono potuti seguire: in 3 casi fu dovuta praticare una colostomia a distanza di tempo dall'operazione.

Otto ammalati hanno continuato a suppurare. 20 sono guariti della loro rectite, senza stenosi, senza suppurazione e con buona continenza, quando non soffrirono diarrea.

La differenza degli esiti lontani è legata alle diverse condizioni, nelle quali fu praticato l'intervento: si ebbero risultati buoni quando la sezione dell'intestino capitò su tratti sani. Sicchè, conclude l'A., le rettiti stenosanti tolte in totalità non recidivano. Negli altri casi si migliorerà lo stato del malato, ma non si otterrà guarigione.

Perciò sono i casi di restringimento basso più facilmente guaribili con la operazione; sono quegli ammalati, sui quali si interviene più precocemente, prima che le lesioni, che sono progressivamente ascendenti, raggiungono i tratti alti dell'intestino. V. JURA.

CENNI BIBLIOGRAFICI [1]

Handbuch der praktischen Chirurgie. IV Edizione, F. Enke, Stuttgart, 1927-1931.

Si è completata recentemente la nuova edizione del trattato di chirurgia pratica di Bergmann, Bruns, Mikulicz già largamente conosciuta in Italia nella traduzione italiana.

La nuova edizione è diretta da Garrè, Küttner e Lexer e più giustamente si può parlare di rifacimento totale.

Vi hanno collaborato i chirurghi più illustri di Germania e ognuno di essi ha svolto il capitolo di cui era particolarmente competente.

La guida delle edizioni precedenti ha assicurato quella omogeneità nella trattazione dei singoli capitoli che forse è la cosa più difficile a ottenere nei trattati in collaborazione.

Il nuovo trattato esce in sei parti distribuite in sette volumi di circa 1000 pagine l'uno, riccamente illustrati.

La distribuzione dell'opera si è mantenuta come nelle edizioni precedenti per ordine topografico.

Per la completezza dell'esposizione mantenuta tuttavia in limiti non troppo ampi, per la copia di conoscenza di esperienze profuse dagli Autori, per la chiarezza della trattazione la nuova edizione del Manuale di chirurgia pratica è destinata certamente a incontrare la larga diffusione delle edizioni precedenti e a mantenersi la preferenza acquistata.

P. VALDONI.

F. KEYSSER. *Die Elektrochirurgie*. Volume di pag. 238 con 232 figure e 2 tavole. Edit. Fischers Medizinische Buchhandlung, Lipsia 1931, Mk. 56.

Il libro del Keysser è il primo trattato di Elettrochirurgia che viene pubblicato. L'impiego della corrente ad alta frequenza in chirurgia ha rappresentato un notevole progresso sia in rapporto alla possibilità di avere un taglio esangue che nella cura di alcune affezioni come le ulceri da raggi X e in certi epiteliomi cutanei estesi.

Nel libro vi è premessa una esposizione teorica sulla corrente diatermica, una descrizione del modo di funzionamento degli apparecchi con speciale riguardo a quello del Keysser stesso.

Diffusamente è trattata la tecnica dell'elettrochirurgia e gli effetti che si ottengono.

Segue infine una parte speciale in cui l'A. espone, sulla scorta di casi clinici largamente documentati, le modalità di esecuzione dell'elettrochirurgia nelle varie affezioni e i risultati che si ottengono. P. VALDONI.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

F. STARLINGER. *Schmerzverhütung*. Vol. di pagine 105. Edit J. Springer, 1931.

L'A. ha raccolto e sviluppato l'argomento di 12 lezioni sui metodi dell'anestesia.

Sono trattati i mezzi di anestesia più in uso e di ognuno di essi è detta particolarmente la tecnica, i pericoli, le indicazioni e le complicazioni.

P. VALDONI.

F. KÖNIG. *Operative Chirurgie der Knochenbrüche*. Vol. I di pag. 194 con 200 fig. Edit. J. Springer, Berlino, 1931, R. M. 29,80.

Il volumetto è diviso in due parti: nella prima sono trattate le generalità sull'osteosintesi, le indicazioni, i vari metodi operatori e i risultati.

Nella seconda parte è presa in considerazione separatamente l'osteosintesi per le varie fratture. L'A. si occupa particolarmente di quei metodi che gli hanno dato i migliori risultati.

Le illustrazioni sono ottime e numerose e scelte in modo da indicare rapidamente il modo di applicazione della sutura ossea.

P. VALDONI.

P. BENEDETTI. *Cancro e costituzione*. Un vol. in-8° di 400 pag. L. Cappelli ed., Bologna. Prezzo L. 45.

Vasto studio diretto ad investigare quale sia la costituzione in cui più facilmente potrà svilupparsi il cancro

Ecco, quindi nella prima parte, le indagini sull'eredità neoplastica, sui rapporti del cancro con il sesso, l'età, le ghiandole endocrine, le reazioni mesenchimali, il sistema nervoso. L'A. investiga poi il substrato biochimico della disposizione ai tumori ed i fattori esterni della disposizione neoplastica.

Nella seconda parte, studia la costituzione dei carcinomatosi col metodo morfologico-antropometrico e la morbosità pregressa dei carcinomatosi stessi. Risulta, in complesso, che non può accettarsi il concetto di una vera costituzione carcinomatosa, non avendosi un netto rapporto fra carcinoma ed ectipia brevilinea.

Il cancro, nelle ricerche dell'A., sembra colpire di preferenza gli individui provenienti da famiglie sane e da genitori longevi; gli stessi individui che ne vanno affetti avrebbero dimostrato, in ogni epoca della loro vita, gli attributi funzionali indicanti un altro grado di robustezza. Anche l'organo prevalentemente colpito sarebbe quello che si presenta come più robusto.

I risultati statistici (massima densità delle curve seriali) e medici (stato fisiologico privo di eventi morbosi) stanno ad indicare il rapporto fra disposizione neoplastica e normalità della costituzione, fatte naturalmente le debite eccezioni.

fil.

A. ZUPPINGER. *Maligne Pharynx- und Larynx tumoren*. Vol. di pag. 188 con 33 fig. e 9 tavole. Edit. G. Thieme, Lipsia 1931.

A base dello studio dell'A. sta un materiale di 280 casi di tumori del faringe e del laringe. Ne viene stabilita la sintomatologia, i mezzi di diagnosi e la terapia. A questo riguardo l'A. fa un'ampia critica dei metodi impiegati cercando dai risultati ottenuti la migliore indicazione terapeutica. Con speciale considerazione è trattata la radium e la röntgenterapia.

P. V.

H. HARTMANN. *Chirurgie du rectum*. (Travaux de chirurgie, VIII série). Un volume di 400 pagine, con 161 figure. Masson, edit., Parigi, 1931. Prezzo Fr. 75.

Quest'opera contiene un'esposizione completa delle principali questioni della chirurgia del retto. Vi si trovano le idee personali dell'Autore, basate su un'esperienza più che trentennale e confrontate con le opinioni e i risultati degli specialisti di questa parte della chirurgia.

Precede una esposizione dei varî metodi di esame del retto con particolare riguardo all'endoscopia. Vengono quindi trattate diffusamente le suppurazioni periano-rettali e le fistole, con esposizione e critica dei diversi tipi di intervento. Un capitolo è dedicato alle varie forme di tubercolosi.

Fra i capitoli seguenti meritano speciale menzione quelli che trattano delle emorroidi, del prolasso, delle stenosi e dei tumori, specialmente del cancro, dove all'esposizione dettagliata dei relativi argomenti, corredata da dati statistici sui vari metodi di cura, l'A. aggiunge il suo notevole contributo di esperienza clinica e operatoria.

Numerose chiare figure, in gran parte originali, corredano il testo che si presenta in nitida veste tipografica e che viene letto agevolmente e con molto interesse.

G. PACETTO.

RIVISTE SINTETICHE

ISTITUTO DI RADIOLOGIA E TERAPIA FISICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PERUGIA
diretto dal prof. EUGENIO MILANI.

Lesioni da elettricità

con speciale riguardo alle lesioni prodotte da apparecchi elettromedicali).

Prof. BRUNO BELLUCCI, aiuto.

(*Continuazione; vedi num. prec.*).

CAPITOLO QUARTO.

FATTORI CHE RENDONO VARIABILI GLI EFFETTI DELL'ELETTRICITÀ SULL'ORGANISMO.

Dopo avere così descritto i modi di produzione dei vari tipi di correnti elettriche esistenti a scopo industriale e domestico, e dopo avere accennato alle modalità con cui di solito avvengono gli accidenti elettrici con tali correnti e con l'elettricità atmosferica, dobbiamo prendere in esame alcuni principali fattori in conseguenza dei quali l'effetto lesivo, che queste correnti elettriche producono sull'organismo, subisce modificazioni rilevantissime.

Questi fattori possono essere suddivisi in tre gruppi principali: 1) fattori di natura ambientale; 2) fattori di natura elettrica; 3) fattori individuali. L'esistenza di tutti questi fattori, alcuni dei quali legati all'ambiente, altri all'agente patogeno ed altri infine alle condizioni fisico-chimiche, fisiopatologiche, e mentali delle vittime al momento del contatto elettrico, spiegano chiaramente il perchè (come sopra è stato accennato) in alcuni casi il contatto brevissimo con correnti continue a bassissima tensione (le meno pericolose) abbia provocato la morte di persone; mentre in altri casi si sono avute solo lievi lesioni locali e nessun danno generale in persone che hanno avuto lungo e franco contatto con correnti alternate a tensioni elevate, che sono le correnti più dannose per l'organismo.

I *fattori di natura ambientale* sono, come è facile a comprendersi, in numero grandissimo, perchè infatti quasi mai un accidente elettrico si riproduce con le stesse modalità di ambiente di un altro accidente elettrico. I fattori di natura ambientale possono tuttavia essere raggruppati in tre principali gruppi, in cui rientrano tutte le infinite varietà di casi nei quali la corrente elettrica può esplicare una azione lesiva sull'organismo. Precisamente esamineremo: 1) le modalità del contatto; 2) le linee di attraversamento del corpo da parte della corrente elettrica; 3) il grado di isolamento.

1) *Modalità del contatto.* Gli accidenti causati dalla corrente elettrica possono avvenire in due modi principali: *a*) la vittima tocca con una parte del proprio corpo un conduttore percorso da corrente elettrica mentre con altra parte del corpo è in buon contatto con la terra (ad es. piedi nudi, o calzati con scarpe molto bagnate, o poggianti su suolo umido, o su vaste superfici metalliche o su rotaie, ecc.) od in contatto con un oggetto elettricamente congiunto a terra (ad es. mano poggiata su tubi d'acqua, di gas, di termosifoni, su parti di apparecchi telefonici o radiotelefonici connessi a terra, oppure corpo immerso nell'acqua della vasca da bagno, ecc.); *b*) la vittima tocca con due punti qualsiasi del proprio corpo, e contemporaneamente, due conduttori di corrente elettrica a notevole differenza di potenziale fra loro.

Se la persona o l'animale tocca un solo conduttore, ed è elettricamente isolato dalla terra o da altri conduttori a differente potenziale, per mezzo di sostanze sicuramente isolanti (porcellana, vetro, aria, ecc.) la persona o l'animale non subisce alcun danno o lesione, perchè nessun passaggio di corrente elettrica può verificarsi attraverso il corpo (ad es. il caso degli uccelli che si posano indifferentemente su fili delle linee percorsi da corrente ad alta tensione).

Se invece la persona che tocca il conduttore elettrico è in stato di medio isolamento da terra, ossia poggia su pavimenti asciutti di mattonelle o mattoni, e non è in alcun modo in contatto con oggetti metallici connessi elettricamente alla terra, in genere la corrente elettrica non produce che una sensazione più o meno sgradevole, brusca ed intensa, ma priva di effetti secondari. Questo è il caso che più comunemente si verifica, caso che però avviene solo con le correnti elettriche a bassa tensione, e che contribuisce alla formazione di quella confidenza verso le correnti elettriche, confidenza che è spesso una delle cause per cui avvengono gli accidenti più gravi. Con le correnti elettriche ad alta tensione l'isolamento relativo costituito dalle comuni pavimentazioni non offre alcuna o scarsissima protezione, perchè il potere isolante dei vari corpi è inversamente proporzionale alla tensione della corrente elettrica, e quindi la scarica, in tali condizioni di tensione e di isolamento, risulta sempre dannosa in grado maggiore o minore.

Va anche ricordato che, in alcuni casi, il contatto del corpo con il conduttore percorso da corrente elettrica può avvenire in modo indiretto attraverso liquidi, e più raramente, e solo nel caso di altissime tensioni, attraverso l'aria satura di vapore acqueo. È noto il caso, descritto dallo Jellinek, del ragazzo che, stando sopra un ponte di ferro, orinò dal ponte stesso sulla strada sottostante in cui passava un treno a trazione elettrica. Il ragazzo rimase fulminato dalla corrente ad alta tensione, perchè il getto di orina, che casualmente aveva colpito il filo conduttore, aveva convogliato la scarica elettrica sul corpo del ragazzo. In questo caso il contatto era avvenuto attraverso la colonna liquida costituita dal getto di orina.

Lo Jellinek cita pure il caso di un operaio che si trovava su di un sostegno metallico per eseguire alcune riparazioni alla linea; egli stava a cavalcioni sul sostegno stesso, e la linea, percorsa da corrente ad alta tensione, era lontana oltre un metro dal suo corpo. Improvvisamente l'operaio fu colpito da una scintilla alla bocca, provocata dalla corrente di aria umida espirata dall'operaio stesso, aria umida che aveva permesso il passaggio della corrente alla tensione di 45 mila volta. L'operaio presentava solo delle bruciature in corrispondenza dei genitali, che molto probabilmente poggiavano sul sostegno metallico, e stabilivano quindi la comunicazione con la terra, anche attraverso la stoffa dei vestiti, data la tensione altissima in giuoco.

2) *Linee di attraversamento dell'organismo*, da parte della corrente elettrica. Sugli effetti prodotti dalla elettricità sull'organismo ha grande importanza la direzione con cui la corrente elettrica attraversa il corpo umano. La direzione è data dalla linea più breve congiungente i due punti di entrata (nella corrente alternata) o di entrata ed uscita (nel caso della corrente continua) della corrente elettrica. Se nel percorso di questa linea si trovano organi di capitale importanza per la vita (centro respiratorio; centro circolatorio) le lesioni che si verificano hanno in genere carattere di maggior gravità. Sono quindi soprattutto pericolosi i passaggi di corrente elettrica fra il capo ed uno qualunque degli arti (per influenza diretta sul centro respiratorio bulbare), i passaggi fra i due arti superiori (per influenza sul centro circolatorio) ed i passaggi incrociati fra l'arto superiore di un lato e l'arto inferiore del lato apposto, e specialmente fra l'arto superiore sinistro e l'arto inferiore destro (per influenza sul centro circolatorio). Sono meno pericolosi i passaggi fra arto superiore ed inferiore dello stesso lato, e specialmente di destra; meno pericolosi ancora i passaggi di corrente fra i due arti inferiori. Ciò non toglie che anche in quest'ultimo caso non si possano verificare accidenti mortali: basti a dimostrarlo il caso più sopra ricordato della fulminazione del ragazzo che orinando dal ponte colpì col getto di orina il sottostante filo di corrente ad alta tensione, ed anche i frequenti casi di fulminazione da terza rotaia. Ma in linea di massima, e specialmente con correnti a tensioni non molto elevate, vale quanto abbiamo detto, e cioè risultano più pericolose le correnti applicate al corpo umano in modo tale che nel loro decorso attraversino od incontrino il centro circolatorio e respiratorio.

3) *Grado di isolamento*. Questo fattore di natura ambientale, che rientra in parte nel primo fattore: modalità del contatto, ed in parte si collega con il fattore individuale consistente nella resistenza che l'organismo offre al passaggio della corrente elettrica, è importantissimo perchè solo da esso può dipendere l'effetto più o meno lesivo di una stessa corrente. Infatti, a parità di altre condizioni, una stessa corrente elettrica che, attraversando il corpo dalle mani alle estremità inferiori, può riuscire mortale se la vittima poggia i piedi su suolo umido e con scarpe bagnate, può riuscire innocua, dando solo una lieve sensazione elettrica, se la persona colpita ha le scarpe perfettamente asciutte e poggia su suolo completamente asciutto. Il grado di isolamento del corpo dalla terra può essere tale, come abbiamo ricordato più sopra a proposito delle modalità di contatto, che l'organismo può non risentire alcun danno dal contatto con un conduttore percorso da corrente elettrica tale per i suoi caratteri da essere mortale in condizioni di cattivo isolamento della vittima.

La maggior parte degli accidenti elettrici per contatto monopolare delle mani con il conduttore elettrico avviene perchè gli arti inferiori sono in buona comunicazione elettrica con la terra, ossia non vi è isolamento del corpo, il quale rappresenta una massa elettricamente a terra. Ciò può avvenire evidentemente se la vittima poggia sulla terra con i piedi nudi, e tanto più se il suolo è umido; ma può avvenire (e ciò sembra strano, e perciò facilita in certo modo la produzione degli accidenti elettrici) anche se i piedi sono rivestiti delle comuni calzature di cuoio. Infatti spesso il cuoio delle suole è bagnato dall'acqua, e spesso reso umido dal sudore acido delle estremità, e quindi non più isolante, ma buon conduttore specialmente di correnti a tensione elevata. Va anche ricordato che il grande numero di chiodi o punte o pezzi metallici varii esistenti nelle suole e nei tacchi rende quasi maggiore e più esteso il contatto elettrico del corpo con la terra, invece di isolarlo.

La figura 4 rappresenta la radiografia di un piede calzato con una comune scarpa fabbricata a macchina. È molto facile quindi che anche il solo contatto di una mano con un conduttore di corrente elettrica provochi il passaggio di questa attraverso il corpo ed attraverso le suole delle scarpe bagnate o no, ma sempre attraversate da numerosissimi pezzi e punte metalliche.

A questo proposito va anche ricordato come enormi differenze esistano fra i contatti degli arti inferiori con il suolo. Vi sono infatti degli ambienti pericolosissimi perchè hanno pavimenti ottimamente conduttori di elettricità, quali cantine, grotte, stalle, ecc. mentre vi sono degli ambienti molto meno pericolosi perchè con pavimenti costituiti di mattonelle asciutte di cemento, prive completamente di umidità, od ancor meglio di legno o di linoleum. Per tali ragioni si va generalizzando l'uso di tali pavimentazioni asciutte ed isolanti nelle centrali elettriche o dovunque vi siano apparecchi e conduttori elettrici scoperti con cui si possa entrare facilmente in contatto.

Naturalmente più è vasta la superficie del corpo a contatto con la terra e più è facile che la corrente attraversi il corpo con maggiore intensità

e quindi con più gravi effetti. Pericolosissimi sono quindi i contatti degli arti superiori con la corrente elettrica, se gli arti inferiori si trovano immersi in pozze d'acqua, o nel fango, o addirittura tutto il corpo sia immerso nudo nel bagno, tenendo presente che le comuni vasche da bagno sono sempre collegate elettricamente a terra attraverso i tubi di scarico dell'acqua. Numerosi infatti sono i casi di morte riferiti dagli autori, relativi a persone che, stando immerse nel bagno, avevano toccato con una mano un conduttore di corrente elettrica anche a bassa tensione, come un interruttore non isolato o simili. Si citano anche casi di morte di persone che, stando immerse nel bagno, erano entrate in contatto con la corrente elettrica di una suoneria. Si trattava in genere di corrente elettrica prodotta da piccoli trasformatori per suonerie elettriche, trasformatori funzionanti sulla corrente alternata stradale, e non di corrente elettrica prodotta da pile. In altro caso si trattava di un contatto accidentale fra la catenella di un campanello elettrico a tirare, ed un filo della luce elettrica, che decorreva trasversalmente al disotto della catenella e che era stato da questa logorato. Il contatto della persona, che trovavasi nel bagno, con la catenella del campanello, bastò a produrre la morte immediata.

I *fattori di natura elettrica* sono quelli inerenti alla corrente elettrica che colpisce l'organismo, e precisamente: il tipo di corrente alternata o continua; la frequenza; la tensione; l'intensità e la durata del contatto.

1) *Forma della corrente.* Tutti gli Autori sono concordi nel ritenere che la corrente alternata è più pericolosa della continua. La corrente continua agisce prevalentemente producendo fenomeni di elettrolisi, ossia trasporto di joni ai due poli della corrente, con consecutiva decomposizione dei liquidi del nostro organismo. Si ha in genere sensazione locale di bruciatura intensa, proporzionata alla quantità di corrente che attraversa il corpo; ma, se la corrente non subisce brusche interruzioni o variazioni di voltaggio, non è in genere pericolosa. Gli esperimenti del D'Arsonval misero in evidenza come il cane possa sopportare abbastanza bene correnti continue anche a 420 volta, purchè inserite con tensioni gradatamente crescenti ed interrotte con tensioni gradatamente decrescenti. Prevalentemente con la corrente continua si hanno fenomeni locali di ustione o di necrosi dovute alla coagulazione dei tessuti attraversati, mentre scarsi in genere sono i fenomeni generali. Tuttavia recenti esperienze di Prévost e Battelli hanno dimostrato che anche la corrente continua applicata stabilmente può uccidere gli animali se portata ad un sufficiente voltaggio. Con la corrente continua poi i tessuti, che si trovano a contatto del conduttore elettrizzato, aumentano gradatamente la loro resistenza elettrica a causa dei fenomeni di polarizzazione che si verificano, e quindi va gradatamente diminuendo la quantità di corrente elettrica che attraversa il corpo, dato che la quantità della corrente che può attraversare un conduttore è inversamente proporzionale alla resistenza che offre il conduttore stesso. La corrente alternata ha invece, per il suo stato continuamente variabile, una azione prevalentemente intensa sul sistema nervoso e muscolare, mentre non produce effetti di elettrolisi. È a tutti noto il fenomeno per cui i colpiti da corrente elettrica spesso stringono con la mano il conduttore da cui proviene la corrente, con tale energia che occorre in genere notevolissima forza per distaccarli, cosa che da soli non riescono a fare. Questo fenomeno è appunto dovuto a fatti di contrattura epilettiforme causata dalla tetanizzazione muscolare, e da molti a tale fenomeno si attribuisce la maggior pericolosità delle correnti alternate, appunto perchè i colpiti da questa difficilmente riescono da soli a staccarsi dal conduttore di corrente, e quindi il passaggio di corrente è più prolungato. Mentre poi, come si è detto, la corrente continua produce un aumento di resistenza nei tessuti per effetto di polarizzazione, con la corrente alternata invece si ha una diminuzione di resistenza, e quindi il passaggio di una maggior quantità di corrente, a causa della formazione di copioso sudore, per stimolazione delle ghiandole sudoripare.

2) *Tensione della corrente.* Gli effetti delle correnti elettriche sono variabili a seconda della tensione delle correnti stesse. Per quanto riguarda le correnti continue può considerarsi che i circuiti elettrici a 110 volta non rappresentano un vero pericolo per chi venga in contatto con una parte del circuito stesso, a meno che la durata del passaggio non sia molto lunga, o la superficie di contatto del corpo umano col conduttore non sia molto vasta. Maggior pericolo rappresentano le correnti continue a 220 volta, ed ancor più pericolose sono le correnti continue a 500 volta, usate in genere nelle linee tramviarie. Tensioni superiori ai 500 volta con corrente continua di solito non si hanno nella pratica ordinaria, ad eccezione delle moderne centrali di stazioni radiotelefoniche in cui si producono correnti continue a 1000 e più volta, e degli apparecchi radiologici moderni a valvole e condensatori, i quali, come abbiamo visto, producono correnti continue e livellate alla tensione di centinaia di migliaia di volta. Anche per quanto si riferisce alle correnti alternate gli effetti sul corpo umano e degli animali sono varii col variare della tensione. Le esperienze del Prévost e Battelli hanno dimostrato che la corrente alternata ad una tensione piuttosto bassa, di 50-80 volta, produce fibrillazione del muscolo cardiaco e consecutiva paralisi cardiaca, mentre ad una tensione più elevata produce inibizione respiratoria per azione elettiva sul centro respiratorio bulbare. Per quanto non sia possibile stabilire dei dati precisi relativi agli effetti della corrente alternata in relazione alla sua tensione, perchè moltissimi altri fattori sono in giuoco per la determinazione della lesione, pure da alcuni autori si è voluto fissare dei dati approssimativi. Il Blake, ad esempio, ha fissato i dati riportati nella tabella seguente.

Dalla detta tabella appare chiaramente che le correnti alternate a bassa tensione, quali comunemente sono usate per le varie applicazioni domestiche di illuminazione e riscaldamento, sono pericolosissime e possono produrre con facilità la morte dell'individuo che viene attraversato dalla corrente stessa, a condizione che questo si trovi in buon contatto con i due conduttori elettrici o con il conduttore elettrico e con la terra (ad esempio: tenendo in mano una lampada portatile non isolata, e poggiando l'altra mano su di un tubo di acqua, gas, o su di un termosifone, ecc.). Se la resistenza è più forte (ad esempio: con-

tatto monopolare con la mano, in soggetto calzato con calzature di cuoio asciutto, ma poggiante su suolo umido) si ha solo una forte scossa dolorosa, senza lesioni. Se la resistenza è fortissima (ad esempio: contatto monopolare con la mano, in soggetto calzato con calzature di cuoio asciuttissimo, poggiante su suolo asciutto, quali i comuni pavimenti di mattonelle delle abitazioni) la corrente non passa attraverso il corpo umano, o passa in quantità talmente lieve da essere appena sensibile. Le correnti alternate a circa 1000 volta di tensione si comportano all'incirca allo stesso modo, tranne che per esse la resistenza del corpo e degli indumenti offre minor ostacolo, e quindi, a parità di condizioni ambientali, si hanno effetti più gravi che con le correnti a bassa tensione. Invece le correnti ad altissima tensione (10 mila e più volta) sembra si comportino in modo inverso alle precedenti, provocando solamente delle lesioni se la resistenza del corpo della vittima è debole, mentre producono quasi sempre la morte se la resistenza del corpo della vittima è forte o fortissima. Probabilmente questo fenomeno, in apparenza strano e contrastante con le nostre cognizioni, trova la sua spiegazione nel fatto che nell'organismo umano la corrente ad alta tensione può seguire una doppia via: se la resistenza del corpo è debole, la corrente tende a farsi strada sulla superficie cutanea buona conduttrice senza attraversare gli organi interni, come avverrebbe se il corpo fosse rivestito di una rete metallica, mentre con resistenze elevate del corpo la corrente ad alta tensione oltrepassa facilmente gli strati superficiali della pelle e si fa strada attraverso i liquidi organici e gli organi interni buoni conduttori. La pelle si comporterebbe quindi con le correnti ad alta tensione come uno scaricatore di elettricità salvaguardante gli organi interni nel caso in cui essa offra debole resistenza; infatti in tale caso si hanno quasi sempre bruciature gravissime cutanee con assenza di lesioni viscerali, mentre se la pelle offre grande resistenza si ha la morte certa con gravi lesioni interne e con lievissime bruciature cutanee. Dunque quella resistenza elettrica della pelle, che con correnti a bassa tensione è causa di protezione e di salvezza, costituisce un aumento di pericolo in presenza di tensioni molto elevate.

Fin qui abbiamo considerato il caso del contatto diretto del corpo umano con un conduttore percorso da corrente elettrica. Ma con le correnti alternate si ottengono oggi delle tensioni che possono produrre scariche nel corpo umano anche se questo non è in contatto diretto con il conduttore. Queste correnti alternate ad altissimo potenziale (oggi si costruiscono linee trasportanti energia elettrica a grande distanza a tensioni di 180.000 ed anche 200.000 volta) sono ottenute mediante giganteschi trasformatori, come abbiamo visto nel capitolo in cui si è parlato del meccanismo di produzione degli accidenti da elettricità industriale. È noto che per tensioni già di soli 1000 volta la resistenza dell'aria è facilmente vinta se i due conduttori distano fra loro meno di un millimetro di aria, e con tensioni più elevate si può avere la scarica elettrica attraverso un notevole strato di aria. Si ritiene in genere che la distanza esplosiva (distanza massima con cui avviene la scarica nell'aria fra due conduttori percorsi da corrente ad altissima tensione) raggiunga i valori seguenti:

Breve contatto con una corrente alternata:

Resistenza del corpo	Tensione 100 volta	Tensione 1000 volta	Tensione 10.000 volta
Debole (buon contatto) (1000 Ohm)	Morte certa con leggere bruciature	Morte probabile con forti bruciature	Sopravvivenza con bruciature gravissime
Forte (contatto incerto) (10.000 Ohm)	Choc doloroso senza lesioni	Morte certa con lievi bruciature	Morte probabile con forti bruciature
Fortissima (contatto debolissimo) (100.000 Ohm)	Appena risentita	Choc doloroso senza lesioni	Morte certa con lievi bruciature

10.000 volta = 2,5 cm.
50.000 volta = 6,0 cm.
100.000 volta = 15 cm.
150.000 volta = 26 cm.
200.000 volta = 36 cm.
250.000 volta = 46 cm.

È evidente quindi che con correnti alternate ad altissima tensione (quali si usano comunemente negli Istituti Radiologici) si può essere colpiti dalla scarica elettrica anche senza il contatto diretto con il conduttore percorso dalla corrente; basta infatti che una parte del corpo si venga a trovare nel raggio d'azione, dato dalla distanza esplosiva caratteristica di quella data tensione, perchè il corpo stesso venga colpito dalla scarica elettrica.

Questa può essere sotto forma di semplice scintilla unica o multipla, se il corpo si trova nella zona limite del raggio d'azione, mentre può assumere la forma di un vero e proprio arco elettrico se il corpo si trova più vicino al conduttore e quindi la resistenza dell'aria è minore perchè più piccola la distanza da vincere. Nel primo caso (semplice scintilla) le lesioni prodotte in genere non sono gravi, purchè il corpo venga subito allontanato; di solito si ha solo un violento choc privo di conseguenze secondarie e manca del tutto ogni sensazione elettrica. Nel secondo caso (scarica ad arco od a fiamma) le lesioni prodotte sono in genere gravissime, tanto più gravi quanto più vicine al conduttore si trova la parte del corpo su cui si abbatte la scarica; in genere la

scarica ad arco produce quasi gli stessi effetti del contatto diretto col conduttore, dato che, attraverso l'arco voltaico, la quantità di corrente elettrica che si scarica sul corpo raggiunge valori rilevantissimi.

3) *Frequenza della corrente alternata.* L'azione che la corrente alternata produce sul corpo dell'uomo o dell'animale che ne venga attraversato è varia anche a seconda della frequenza della corrente stessa, come abbiamo visto già parlando delle correnti di alta frequenza. Le esperienze del Prévost e Battelli hanno dimostrato, con ricerche sugli animali, che le correnti alternate, la cui frequenza sia compresa fra 50 e 100 periodi al secondo, sono le più pericolose, essendo capaci di uccidere animali con voltaggi minimi di soli 20 volta. Diminuendo od aumentando il numero dei periodi occorrono tensioni più elevate per ottenere gli stessi effetti sull'organismo. Abbiamo già visto che con frequenze elevatissime, di circa un milione di periodi al secondo, l'organismo non avverte più alcuna sensazione e la corrente produce solo un effetto calorigeno seguendo in parte la legge Joule. Il corpo umano si comporta quindi verso le correnti alternate in modo analogo a quanto avviene per i nostri organi di senso verso gli stimoli che li colpiscono. Infatti, come l'occhio nostro non vede che quando viene colpito da vibrazioni di una certa frequenza e rimane cieco per vibrazioni di frequenza maggiore o minore, e come l'orecchio percepisce solo i suoni compresi in un determinato limite di vibrazioni, rimanendo sordo per frequenze maggiori o minori, così il nostro corpo percepisce la sensazione elettrica solo entro determinati limiti di frequenza delle alteranze, e non percepisce assolutamente nulla se la frequenza diviene grandissima o se le alteranze sono rarissime. E non solo il nostro organismo perde la sensibilità elettrica verso correnti alternate a frequenza molto elevata, ma anche gli organi interni che più risentono l'effetto delle correnti elettriche allo stato variabile (bulbo e cuore) non vengono più eccitati od influenzati da tali correnti ad alta frequenza. Di questo argomento già ci siamo occupati diffusamente nel capitolo precedente. Va ricordato però che tale fenomeno è stato tentato di sfruttare anche nelle correnti elettriche per uso industriale, però fin qui con scarsissimi risultati, a causa soprattutto delle difficoltà enormi che si incontrano nell'isolamento dei conduttori percorsi da correnti di alta frequenza. Lo stesso tentativo è stato fatto anche per gli apparecchi produttori di correnti ad altissima tensione per raggi X, con risultati discreti anche come rendimento dell'apparecchio. Certo è che una soluzione basata su tale principio sarebbe veramente ideale per la prevenzione e profilassi degli accidenti da elettricità.

4) *Intensità della corrente.* La quantità di corrente che attraversa i tessuti venuti a contatto con i conduttori (sempre che la disponibilità di corrente prodotta dagli apparecchi non abbia un limite massimo, stabilito da resistenze ohmiche, o da interruttori di massima, o da fili fusibili, o imposto dal rendimento dell'apparecchio generatore stesso) è proporzionatamente inversa alla resistenza offerta dai tessuti che la corrente stessa deve attraversare.

Vedremo in seguito, parlando dei fattori individuali, quali valori ha questa resistenza dei tessuti. È certo in ogni modo che correnti elettriche di poche diecine di milliampères sono già mal tollerate: pochi soggetti tollerano il passaggio di correnti di 25-30 milliampères; correnti di 50 milliampères espongono già a gravi rischi; correnti di 100 milliampères riescono spesso mortali (Kammerer). Spesso queste correnti non eccessivamente intense riescono più facilmente mortali che non le correnti più intense; con queste ultime infatti è più facile la rapida formazione di grosse escare cutanee, che presentano una notevolissima resistenza al passaggio della corrente, con conseguente rapida caduta della intensità di questa.

5) *Durata del contatto.* L'importanza di questo fattore è troppo evidente perchè debba essere spiegata. In genere, tranne casi eccezionali, l'effetto della scarica elettrica che attraversa l'organismo si manifesta con lesioni che hanno carattere di transitorietà e di reparabalità, a condizione che l'azione della corrente sull'organismo abbia carattere di istantaneità e cessi immediatamente dopo la prima scarica. Se invece il passaggio della corrente si prolunga le lesioni del sistema nervoso e circolatorio divengono definitive, e nella stesso tempo si accrescono per vastità ed intensità le lesioni della cute e degli altri tessuti superficiali, a tipo di ustione. Questa è una delle ragioni per cui la scarica elettrica che può colpire il corpo sotto forma di scintilla, proveniente da un conduttore di corrente ad alta tensione, non provoca in genere gravi danni, dato appunto il tempo brevissimo di durata della scintilla, calcolabile in millesimi di secondo. Vedremo infatti che per ottenere effetti sicuramente mortali sull'organismo umano (elettrocuzione tipo americano) è necessario che la corrente attraversi il corpo umano per varie diecine di secondi, dato che scariche di minore durata si sono qualche volta dimostrate inefficaci per lo scopo.

I *fattori individuali* sono legati alle condizioni anatomiche e fisiologiche in cui si trova il soggetto nel momento in cui esso viene colpito dalla scarica elettrica. Primo per importanza fra tutti i fattori individuali è la:

1) *Resistenza elettrica dei vari tessuti del corpo umano.* Come abbiamo detto la importanza di questo fattore è data dal fatto che la quantità di corrente che attraversa un conduttore (in questo caso l'organismo) è inversamente proporzionale alla resistenza elettrica del conduttore: tanto maggiore è quindi questa resistenza e tanto minore è la quantità di corrente che può passare attraverso l'organismo. Molto difficile è la valutazione della resistenza che il corpo umano offre in toto al passaggio della corrente, perchè il corpo umano è composto di un grandissimo numero di tessuti che hanno fra loro enormi differenze nel coefficente di resistenza elettrica specifica. La misurazione della resistenza elettrica eseguita singolarmente su vari organi e tessuti isolati (Kowarski) dimostra che la conducibilità elettrica è in genere e con buona approssimazione proporzionale al contenuto in acqua dei tessuti stessi, il qual contenuto può valutarsi nelle cifre seguenti: pelle 10; ossa 14; nervi periferici 16; cervello 68; muscoli 75. Da ciò è facile dedurre che la corrente trova il suo miglior mezzo di propagazione nei liquidi organici sangue e linfa. Gli organi poi non presentano una resistenza fissa,

perchè variabile è il loro contenuto in liquidi organici a seconda del momento funzionale in cui gli organi stessi si trovano. Fra tutti i tessuti quello che per noi interessa soprattutto è la pelle perchè essa è inevitabilmente sempre il primo tessuto che, in caso di accidente elettrico, viene in contatto con la corrente. La pelle presenta grande differenza di conducibilità a seconda che si esaminino gli strati superficiali o gli strati profondi. Mentre infatti il derma è abbastanza buon conduttore della elettricità perchè ricco di vasi sanguigni, l'epidermide invece, costituita da cellule scarsamente bagnate da liquidi organici, presenta una grande resistenza al passaggio della corrente. E la resistenza è tanto maggiore quanto più grande è lo strato di cellule cornee che compongono gli strati superficiali epidermici (mani callose degli operai). Ma oltre questo fattore ve ne sono degli altri che rendono variabile la resistenza della pelle: uno di essi è costituito dalla presenza di ghiandole sudoripare, le quali, per mezzo del loro secreto acquoso ricco di sostanze saline, rappresenta quasi la porta di ingresso attraverso i tessuti epidermici di elevata resistenza. Un altro fattore è da ricercarsi nella traspirazione cutanea, variabilissima a seconda di un gran numero di condizioni esterne od interne, ma soprattutto legata a fenomeni vasomotori, la qual traspirazione mantiene la cute in uno stato di umidità continua che facilita il passaggio della corrente elettrica. È facile quindi comprendere come il coefficente globale di resistenza della pelle sia variabilissimo e si vada da cifre di 900.000 Ohm (cute secca, ischemica, priva di sudore, con grosso strato di epidermide cornea) a cifre di 200 Ohm (cute umida, in traspirazione, con copiosa sudorazione, con abbondante irrorazione sanguigna sottocutanea, e con scarso spessore del tessuto epidermico corneo). È da ritenersi che a queste enormi differenze di resistenza elettrica della pelle sia da attribuire in massima parte la grandissima variabilità di effetti che la corrente elettrica provoca nell'organismo umano. Per dimostrare a qual punto possa giungere la variabilità di effetti prodotti dalla corrente elettrica sul corpo umano, basta paragonare i casi di morte immediata, per contatto di correnti alternate a 110 volta dei nostri impianti domestici, con i casi di sopravvivenza dopo contatto con correnti di tensione elevata ed attraversanti l'organismo in quantità rilevante. È molto dimostrativo a questo proposito il caso, riferito dallo Jellinek, di un montatore elettricista di 32 anni che era appoggiato ad una traversa di ferro poggiante sul suolo, e con le due mani toccava un filo percorso da corrente alternata a 5000 volta. La quantità di corrente attraversante il corpo dell'operaio fu talmente elevata che si produsse la fusione del conduttore ad alta tensione, mentre l'operaio non perdette nemmeno la conoscenza riportando solo delle bruciature ai piedi ed alle mani.

Di minor interesse è lo studio della resistenza elettrica dei tessuti ed organi profondi, dato che il torrente circolatorio sanguigno e linfatico ovunque distribuito nel nostro organismo, rappresenta di per sè un ottimo conduttore che permette alla corrente elettrica di farsi strada in qualsiasi punto del corpo umano, non appena superata la barriera opposta dalla superficie cutanea.

2) *Influenza della fatica muscolare e della stanchezza.* Recenti esperienze di Ajello hanno dimostrato che la quantità e la tensione di corrente elettrica necessaria per ottenere una reazione muscolare minima è, in soggetti affaticati, circa la metà di quella necessaria per ottenere lo stesso effetto in soggetti a riposo. Ciò fa supporre che, nel determinismo delle lesioni da elettricità, giuochi una parte importante lo stato di affaticamento e di stanchezza, poichè, in tali condizioni, l'effetto della corrente elettrica sull'organismo si manifesta con risultati quasi raddoppiati. La fatica muscolare poi provoca non solo questa maggiore reattività alla corrente elettrica, ma provoca indirettamente una maggior facilità di passaggio della corrente elettrica attraverso il corpo umano, a causa della sudorazione che costantemente accompagna il lavoro muscolare, e che diminuisce la resistenza della cute. Per ambedue le ragioni la fatica muscolare e la stanchezza costituiscono importanti coefficenti nella provocazione e nella gravità degli accidenti elettrici.

Va ricordato infine che la fatica muscolare e la stanchezza, come influiscono sulla produzione degli infortuni sul lavoro (la massima parte degli infortuni sul lavoro avviene alla fine della giornata o della settimana di lavoro, quando l'operaio è più stanco e minore è l'attenzione), così certamente debbono influire sul prodursi degli accidenti da elettricità, i quali rappresentano veri e propri infortuni sul lavoro per tutti coloro che, comunque lavorando, si trovino nella possibilità di entrare in contatto con conduttori percorsi da corrente elettrica. Il rapporto fra lo stato di affaticamento e di stanchezza muscolare è in questo caso molto indiretto, ma va tuttavia ricordato come uno dei fattori predisponenti, agente attraverso un indebolimento dei poteri psichici (soprattutto dell'attenzione), causato dalla stanchezza.

3) *Influenza dell'etilismo acuto e cronico.* Per tale fattore può ripetersi in parte quanto si è detto poco prima a proposito della stanchezza: l'etilismo, diminuendo i poteri intellettivi di critica e di attenzione, facilita la produzione degli accidenti da elettricità. Naturalmente si intende parlare degli accidenti evitabili in condizioni di normale attenzione e prudenza; dato che nessuna influenza può avere la stanchezza o l'etilismo sulla genesi degli accidenti elettrici dovuti a casi fortuiti, quali caduta di fili dall'alto, ecc.

Ma oltre a questo elemento predisponente vi è anche nell'etilismo acuto e cronico una vera e propria maggiore recettività alle correnti elettriche, come è stato dimostrato dalle ricerche eseguite dall'Ajello sugli animali. In seguito alla intossicazione etilica quindi gli accidenti elettrici si possono produrre con maggior frequenza ed in genere rivestono carattere di maggior gravità.

4) *Influenza di fattori costituzionali.* È comunemente noto come, anche in condizioni di riposo e di pieno benessere fisico e psichico, una grande differenza esiste nei singoli individui per quanto riguarda la tollerabilità delle correnti elettriche. In alcuni casi infatti si osservano gravi fenomeni di choc per correnti debolissime di pochi volta, mentre in altri casi si vedono soggetti (specialmente elettrotecnici) che volontariamente

si sottopongono, anche per molti secondi, e ripetutamente, al passaggio bipolare di correnti elettriche a tensioni elevate di 200 e più volta, senza dimostrare alcuna sofferenza. Certamente in questi casi di grande tolleranza deve entrare in giuoco, oltre il fattore « volontà » (di cui ci occuperemo fra poco) anche il fattore « abitudine », e, direi quasi, l'allenamento dell'organismo a resistere alle correnti elettriche. Questa parola « allenamento » costituisce una frase azzardata, poichè allo stato attuale delle nostre conoscenze, non ci risulta in alcun modo dimostrato questo stato di aumentata tolleranza, provocata dall'allenamento e dall'abitudine, verso l'elettricità. Tuttavia questa refrattarietà delle persone abituate al contatto con le correnti elettriche esiste in modo indubbio; nè del resto è improbabile che l'organismo si abitui e si alleni alla azione delle correnti elettriche, come si abitua e si allena alla azione di altri stimoli fisici (luce, calore, suono) o dei più vari stimoli chimici (mitridatismo).

Ma astraendo da tali fattori che possono rilevarsi solo in soggetti che, per la loro professione, sono facilmente esposti al contatto con le correnti elettriche, troviamo grandi differenze di tollerabilità anche in soggetti che per la prima volta subiscono l'azione delle correnti elettriche. Riferendoci solamente ai soggetti sani, è noto, da ricerche fatte, che la razza non ha alcuna influenza in proposito. Egualmente dicasi a proposito del sesso. Sembra invece che l'età del soggetto abbia qualche importanza nel senso che i bambini ed i vecchi presenterebbero una maggior tolleranza per la corrente elettrica, il qual fenomeno è però ancora da dimostrare, dato che le cause di tale maggior tolleranza possono essere anche indirette (ad es. maggiore resistenza al passaggio della corrente offerta dalla cute secca ed indurita dei vecchi).

(Continua).

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 30 maggio 1931.

Presiede il prof. S. BAGLIONI, presidente.

La colesterina nel sangue e nella bile nella alimentazione con le uova. Contributo alla dietetica della calcolosi epatica.

Prof. S. SILVESTRI. — L'O. riferisce sulle ricerche da lui condotte in individui studiando le modificazioni della colesterina nel sangue dopo la somministrazione di uova. La colesterina nel sangue in individui normali presenta, dopo la somministrazione di tre uova, un aumento il quale raggiunge il massimo dopo tre ore per ritornare al valore iniziale dopo sette ore. Oltre che in soggetti normali, la ricerca è stata eseguita anche su soggetti affetti da calcolosi epatica e su individui operati per calcolosi e portatori di fistola biliare. L'aumento della colesterina negli epatici non si allontana notevolmente dagli aumenti osservati negli individui normali, ed in individui affetti da altre malattie. Le osservazioni condotte sull'influenza della colesterina nella bile dimostrano come all'aumento della colesterina nel sangue non corrisponde un aumento della colesterina nella bile; si nota solo, sotto l'azione dell'alimentazione con le uova, un aumento della secrezione biliare. Anche le esperienze condotte sugli animali dimostrano la assoluta indipendenza tra le oscillazioni della colesterina nel sangue e nella bile e l'attività eccito-secretoria che le uova determinano sul fegato e sulle vie biliari.

L'O. conclude che la controindicazione assoluta nella dietetica della calcolosi epatica non ha ragione di esistere: le uova infatti non rappresentano un alimento dannoso per l'eventuale comparsa di calcoli ed anzi per le dimostrate proprietà eccito-motorie, potrebbero anche talvolta rappresentare un utile sussidio terapeutico.

La cloruremia nei nefritici.

Prof. S. SILVESTRI. — L'O. riferisce le ricerche condotte sul comportamento del cloro specialmente nelle nefriti che si accompagnano con ritenzione azotata. Riporta le ricerche fatte per controllare i valori del cloro nel plasma del sangue *in toto* e i globuli rossi e come media dei valori normali ha trovato nel plasma un contenuto in cloro oscillante da 3,63 a 3,76, nei globuli rossi valori oscillanti da 1,89 a 2,15 %.

Riferisce le ricerche eseguite su 20 nefritici, con ritenzione azotata, oscillanti da un minimo di 0,6 ad un massimo di 4,40. In tutti questi malati ha studiato il comportamento della cloruremia, del cloro plasmatico, del cloro globulare, della riserva alcalina, indagando le eventuali variazioni della azotemia sotto la somministrazione del cloruro di sodio. Dall'insieme di tutti i dati rilevati, l'O. conclude che nel nefritico, oltre che l'azotemia, si debba studiare il comportamento della cloruremia e della riserva alcalina potendo questi tre dati dare utili indicazioni anche per l'eventuale trattamento dietetico. L'O. discute il problema della somministrazione del cloruro di sodio e ritiene che i regimi ipoclorurati o aclorurati che con assoluta generalizzazione si applicano in tutte le forme nefritiche, possono in alcuni casi non essere utili, ma anzi dannosi.

Modificazioni artero-venose di resistenza osmotica degli eritrociti studiate col metodo delle curve di emolisi.

Prof. GINO MELDOLESI. — L'O., col metodo di Simmel, ha messo in evidenza una netta diminuzione di R.O. delle emazie nella vena, in confronto con il sangue arterioso, in qualche individuo normale, ma sopratutto in molti stati morbosi del circolo, del respiro, del sistema endocrino, del fegato, del sangue. Queste variazioni di R.O. vanno certamente messe in rapporto con fatti di logoramento a cui le emazie vanno soggette venendo in contatto con i tessuti: sono più accentuate in casi di acidosi tissulare, di alterazioni capillari, di intossicazioni dei tessuti, ecc. Ne consegue un'eterogeneità del sangue venoso, la quale viene eguagliata dalla funzione della milza. Nello stabilirsi di un ittero e nelle malattie polmonari si osservano singolari variazioni, con aumenti di resistenza nel sangue venoso, in rapporto a particolari meccanismi.

Il prof. AMANTEA chiede alcuni schiarimenti circa il valore da attribuire ad alcune osservazioni fatte e riferite dall'O.

Ricerche cliniche sulle variazioni artero-venose della cloremia.

Prof. GINO MELDOLESI e ENRICO BORLONE. — Gli OO. in 50 pp. hanno controllato regolarmente le variazioni della cloremia nel sangue arterioso e nel sangue venoso, rilevando nel normale una lieve prevalenza del sangue venoso; nelle ritenzioni di acqua e di Cl nei tessuti, aumenta il Cl arterioso e diminuisce il venoso; la prevalenza venosa si ristabilisce, esagerata, nel riassorbimento degli edemi, per attenuarsi, verso i valori normali, a riassorbimento ultimato. Questo particolare comportamento si osserva nel sangue anche in territori lontani dai territori edematosi.

Vi sono elmintiasi trasmissibili dalla madre al feto?

Dott. G. PENSO. — L'O. riferisce su due casi da lui riscontrati di ascaridiosi in cani appena nati, ascariodiosi che si doveva, quindi, considerare come congenita. Appoggiando le sue argomentazioni sul ciclo di sviluppo e sulle proprietà biologiche degli ascaridi, dimostra come l'infestazione intrauterina sia possibile, dato che le larve degli ascaridi, che per qualche tempo stanno nel circolo sanguigno, sono capaci di forzare il parenchima epatico, il parenchima polmonare, le pareti dei vasi sanguigni e dell'intestino; niente di straordinario, quindi, che siano capaci di forare anche la placenta. Per analogia, l'O. avanza il sospetto che anche per l'anchilostomiasi e per la bilharziosi possa avvenire qualche cosa di simile.

Il prof. PUNTONI chiede all'O. alcuni schiarimenti.

Un nuovo metodo per lo studio della resistenza dei leucociti e la resistenza dei leucociti nel cancro.

Prof. C. FORTI, SIMONELLI e DE VINCENTIS. — Gli OO. propongono di studiare la resistenza leucocitaria con un nuovo metodo fondato sull'osservazione del comportamento dell'attività ameboide dei corpuscoli bianchi nel sangue diluito 1:11 con soluzioni ipertoniche di NaCl. Con tale metodo hanno potuto osservare, in 8 su 9 soggetti affetti da epitelioma, un aumento della resistenza leucocitaria.

Partecipa alla discussione il prof. GIUDICEANDREA.

Sopra due casi di resezione mediogastrica per ulcera perforata nel pancreas e sulla cura operativa di fistola gastrica post-operatoria.

Prof. G. SANTINI. — L'O. riferisce su dei casi di resezione gastrica per ulcera perforata nel pancreas, facendo un parallelo fra i risultati del metodo a manica e di quello a cuneo, dichiarandosi favorevole a quest'ultimo come quello che, dando i migliori risultati post-operatori, è meno lesivo della funzionalità motoria dello stomaco. Riferisce poi sopra una plastica fatta con il bordo estremo dell'ala sinistra del fegato, a scopo di chiusura di una fistola gastrica post-operatoria, che per la retrazione dei tessuti e lo stato flogistico degli stessi non era altrimenti chiudibile. L'ottimo risultato ottenuto e che risale a oltre due anni, ha dimostrato la *tenuta* della plastica epatica. Espone le ipotesi più attendibili per spiegare la resistenza della plastica epatica all'azione digestiva del succo gastrico.

Partecipano alla discussione i proff. ALESSANDRI e BAGLIONI.

Evoluzione "in vivo", e cultura "in vitro", dell'ultravirus tubercolare.

Prof. G. SANARELLI e Prof. A. ALESSANDRINI. — Impiegando una particolare foggia di sacchi di collodio duplici, collocati l'uno entro l'altro e tenuti per vario tempo nel peritoneo dei conigli, gli OO. sono riusciti a catturare e coltivare, *in vitro*, le forme primordiali o elementari dell'ultravirus tubercolare.

Le colture in tal guisa ottenute sono riproducibili in serie. Le forme primordiali dell'ultravirus tubercolare non sono acido-resistenti. Esse acquistano l'acido-resistenza solo dopo avere attraversato *in vivo* le pareti dei sacchi di colloidio e dopo essersi sviluppate per lungo tempo *in vitro* e nella stufa, su mezzi appropriati.

Il Presidente, prof. BAGLIONI, esprime agli OO. il suo vivo compiacimento per la loro interessantissima comunicazione, di cui mette in rilievo la grande importanza.

Osservazioni sulla cura del piede talo-valgo paralitico (con presentazione del malato).

Dott. E. VENEZIAN. — Nei casi di piede talo o talo-cavo associato a squilibrio dei motori prosupinanti e a grave lassezza delle articolazioni periastragaliche, in bambini sui 6 anni di età, l'astragalectomia secondo WHITMAN è intervento che offre le migliori possibilità di un buon recupero funzionale. Al di sopra dei 12 anni per contro è quasi sempre necessario ricorrere all'artrodesi di una o anche di due delle articolazioni periastragaliche. L'O. presenta due pazienti da lui operate secondo i criteri esposti, con risultato morfologico e funzionale assai soddisfacente.

Il Segretario: G. AMANTEA.

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 10 luglio 1931.

Presidenza: Prof. BALP, presidente.

Il rapporto albumino-globuline nelle glomerulo-nefriti diffuse acute con edemi.

Prof. CIPRIANI e dott. CIONINI. — Dalle osservazioni su 12 casi di glomerulo-nefrite acuta diffusa risulta che il rapporto albumino-globuline (metodo degli azoti) può essere in taluni casi, e malgrado la presenza di edemi, in limiti normali e la quantità di proteine totali o leggermente diminuita o in limiti normali cosicchè la pressione oncotica del plasma può risultare pure nei limiti normali. I risultati sono favorevoli alla concezione che la patogenesi degli edemi nefritici possa essere almeno in parte, diversa da quella degli edemi nefrotici, esistendo presumibilmente nelle nefriti acute oltre alla possibilità di un'oliguria primitivamente renale, una lesione dei capillari periferici con passaggio di liquido nei tessuti anche con oncometria del plasma in limiti normali. Ricordano che in favore di questi concetti stanno anche i risultati di altre ricerche (qualità del liquido degli edemi, possibilità di variazione della massa sanguigna).

Ricerche sulle eventuali alterazioni biologiche dell'albumina urinaria nei nefrosici.

Prof. CIPRIANI e dott. MARCOLONGO. — In casi di nefrosi lipoidea con sieri precipitanti anti proteine animali, dopo prove di carico, risulta che

non è dimostrabile una deficenza di elaborazione di albumine alimentari come causa dell'albuminuria. Riferiscono poi su ricerche effettuate con la preparazione di sieri immuni con 5 albumine urinarie di casi di nefrosi pura e di siero proteine, di due casi di nefrosi pura dalle quali risulterebbe una certa specificità degli anticorpi prodotti dalle proteine urinarie dei nefrosici in confronto alla siero proteina normale, però non generica, nè uguale per le varie proteine urinarie; tali ricerche pur non avendo valore decisivo nella questione, sono favorevoli alla possibilità di una alterazione, forse tossica delle albumine eliminate con le urine nei casi di nefrosi lipoidea.

La colesterina e gli esteri colesterinici. del sangue nel corso di affezioni epatiche.

Dott. PECORELLA. — In 22 p. esaminati ha praticato oltre 100 determinazioni del ricambio colesterinico, ed ha riscontrato: 1) nella stasi biliare di origine meccanica (ittero da stasi, per esempio) da pancreatite, da calcolosi, valori alti della colesterina totale con diminuzione costante degli eteri a volte fino alla metà del valore medio. 2) Nell'epatite la colesterinemia è sempre alta, superando notevolmente la norma fino a raggiungere in un caso mmgr. 389 %, mentre gli eteri erano diminuiti in rapporto alla frazione libera della colesterina e pressochè normali se considerati in via assoluta.

3) Nell'epatite cronica, con prevalente tendenza alla proliferazione connettivale la colesterinemia è sempre stata alta con eteri o normali o in lieve diminuzione. 4) Nelle colecistiti senza ittero: valori normali, tranne in un caso in cui si è rilevato un forte aumento della colesterina libera e degli eteri.

Nuove esperienze sull'impiego dell'acidcsi provocata per le esplorazioni funzionale del fegato.

Prof. G. DOMINICI e dott. OLIVA. — Il metodo si fonda sulla nozione che nelle lesioni del parenchima epatico ne soffre in modo precoce e preminente il contenuto di glicogene degli elementi specifici dell'organo, onde una grave alterazione del ricambio intermediario, una volta che i processi di disintegrazione siano arrivati alla tappa dei corpi chetonici o dei prodotti loro immediatamente precedenti.

Questa tappa, che in condizioni normali è sorpassata rapidamente, viene in questi casi a subire un ritardo onde arresto dei processi di scomposizione e di sintesi ed invasione dell'organismo da parte dei corpi chetonici. L'alterazione può essere più facilmente posta in evidenza provocando un sovraccarico dell'organismo con un'alimentazione ricca di proteine e di grassi.

Gli OO. sottoposero gli ammalati ad alimentazione poverissima di idrati di carbonio per 24 ore e determinarono i corpi chetonici prima e dopo la speciale dieta.

Nelle epatopatie, caratterizzate da lesioni anche lievi della funzionalità del fegato non tardò a manifestarsi un aumento dei corpi chetonici del sangue.

Comportamento della glicemia e della galattosemia (capillare e venosa) in malati di fegato dopo prova di carico con galattosio.

Prof. MORACCHINI e dott. B. COSSU. — Solo nella metà dei casi hanno ottenuto una galattosuria patologica, mentre in tutti i casi, uno eccettuato, il decorso della curva glicemica totale è risultato anormale, sia per la durata che per l'intensità della reazione.

La galattosemia solo in qualche caso ha raggiunto valori superiori ai 110-150 mmgr. % e la differenza capillari-vene è stata sempre molto scarsa. Gli OO. concludono che la prova della galattosuria ha un valore diagnostico differenziale per ciò che riguarda la distinzione fra ittero da ritenzione e da epatite, solo quando supera i 2-2 1/2 gr. e che deve essere completata dall'osservazione più fine della curva glicemica; il grado di differenza esistente fra glucosemia capillare e venosa esprime l'intensità dell'iperglicemia da stimolo; l'ipergalattosemia, se esiste, anche se passeggera è indice di una deficenza epatica mentre la differenza in galattosio fra capillare e vene informa se anche i tessuti possono ancora fissare o distruggere questo zucchero.

Sulle modificazioni della curva glicemica, della pressione e del polso dopo iniezione endovenosa di insulina in soggetti a normale ricambio idrocarbonato.

Dott. S. BATTISTINI e dott. RIGOLETTI. — Furono praticate 14 unità di insulina a digiuno.

In sei soggetti sani la curva glicemica ha presentato un andamento meno schematico di quello notato da altri AA. La pressione sistolica in 5 casi ha presentato una fase di abbassamento che durava in media 20' e si aggirava intorno ai 10 mmgr. di Hg. ed era seguita da un brusco innalzamento.

La pressione ha sempre avuto tendenza ad abbassarsi e la frequenza del polso ha presentato un andamento parallelo o quasi a quello della pressione sistolica.

Nei cinque ipertesi in genere la fase discendente della curva glicemica ha avuto una durata alquanto maggiore pur raggiungendo valori meno bassi che nei normali; anche l'aumento della pressione sistolica e la diminuzione della pressione diastolica si sono verificati con notevole ritardo; in due casi la frequenza del polso ha presentato una notevole diminuzione.

In un acromegalico non si osservò alcun fatto degno di nota.

In un malato di ipernefroma maligno la curva glicemica ebbe un decorso perfettamente normale mentre tanto la frequenza del polso quanto la pressione sistolica invece di un aumento presentarono una diminuzione.

In un nevrosico la glicemia rimase per più di un'ora al di sotto del valore di 20 mmgr., mentre il comportamento del polso e della pressione risultò normale.

Su un caso di morbo di Gaucher.

Dott. L. GRIVA e C. ROTTA. — Il caso venne diagnosticato *infra vitam* e fu seguito per un anno. L'interesse di questo caso è dato oltrechè dalla sua rarità, sopratutto dal fatto che l'osservazione è corredata da tutti i dati clinici anamnestici riguardanti la malata ed i famigliari, dei molteplici esami di laboratorio sopratutto da quelli ematologici e del ricambio emoglobinico dai reperti anatomo-patologici e da un accurato studio istologico ed istochimico.

Il prof. D. BOLSI *riferisce sul meccanismo d'azione della pireto-zolfo terapia.*

VILLATA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La meningite linfocitaria benigna. La forma meningea dell'encefalite epidemica.

M. Roch (*Revue Méd. de la Suisse Romande*, 25 gennaio 1931), dopo aver ricordato le numerose comunicazioni che hanno fatto seguito alla sua memoria del marzo 1930 sulla meningite linfocitaria benigna, riferisce su altre 6 osservazioni personali. La maggior parte dei fatti clinici hanno in questi casi dei caratteri che devono permettere ad un clinico attento la diagnosi. È quasi sempre rimarchevole l'assenza di stato soporoso, mentre vi è spesso uno stato saburrale pronunciato. La puntura lombare provoca un miglioramento molto netto fino al punto che i malati reclamano una nuova puntura quando ne risentono il bisogno. Lo stato generale, l'aspetto dei malati contrastano con la citologia del liquido cefalo-rachidiano, che è molto impressionante. La linfocitosi rachidiana non si accompagna ad una albuminosi molto accentuata; il tasso dei cloruri del liquido cefalo-rachidiano non è diminuito come nella meningite tubercolare; non sembra che si possano tirare conclusioni utili dal tasso del glucosio.

Il problema della patogenesi delle meningiti benigne con linfocitosi rachidiana è ancora da risolvere. Vi sono senza dubbio dei casi da riferire ad una infezione generale o locale o ad una autointossicazione. Ma queste diverse ipotesi non possono spiegare la maggior parte dei casi di meningite linfocitaria benigna. L'ipotesi invocante l'azione di un virus tubercolare filtrante, per quanto suggestiva, non ha potuto finora essere confermata.

Un'altra ipotesi patogenetica che merita discussione è quella della spirochetosi ittero-emorragica in forma frusta puramente meningitica, eventualità però eccezionalmente rara.

Si possono anche invocare in qualche caso i virus filtranti dell'herpes e della zona. Restano però sempre un numero notevole di casi inesplicabili. L'A. è incline a considerare questi casi come forme meningee dell'encefalite letargica basandosi sia sul polimorfismo di questa affezione sia sulle numerose eccezioni alla regola che l'encefalite letargica provoca generalmente scarse reazioni meningee, sia infine sui fatti clinici che dimostrano nella meningite linfocitaria benigna dei sintomi che orientano verso la diagnosi di encefalite letargica.

C. TOSCANO.

Meningite acuta asettica.

Non si tratta, dice J. Gibbens (*Lancet*, 4 luglio 1931), di una nuova malattia, ma è una malattia che ha avuto diversi nomi: meningite purulenta benigna asettica (Schiff), meningite sierosa acuta idiopatica benigna (Andersen e Wulff), meningite sierosa epidemica (Eckstein), meningite acuta asettica (Gunther) ecc.

Somiglia molto alla meningite sierosa che gli otoiatri hanno occasione di vedere spesso. Però ha inizio brusco, quadro clinico grave, durata breve, rapida guarigione, senza che si possano trovare germi che spieghino la malattia. Nel liquor o c'è in tutta la malattia predominanza dei linfociti oppure prevalgono i polinucleati all'inizio e solo in un periodo più avanzato prevalgono i linfociti. C'è aumento della pressione del liquor, la cui cultura rimane sterile. Inoltre mancano infezioni locali (otite, sinusite) come si ha nella meningite sierosa.

Ne furono descritti casi sporadici e anche piccole epidemie.

La malattia comincia con malessere per qualche giorno, poi bruscamente c'è un aggravamento con cefalea, vomito, rigidità nucale, dolori agli arti, insonnia. Ci sono altri segni di meningite. (Kernig, Brudzwski), ipersensibilità, esagerazione dei riflessi, dermografismo. La coscienza si conserva. Spesso compaiono nistagmo e fotofobia. Qualche volta ci furono edema della papilla, o emorragie retiniche, o pupille disuguali e torpide alla luce. La febbre è all'inizio alta ed ha andamento continuo e dura da 3 a 13 giorni.

Il liquor è limpido o torbido o anche nettamente purulento. In tre casi di Eckstein c'era reticolo a tela di ragno. C'è aumento delle proteine (Pandy positiva), normale contenuto in zucchero; l'inoculazione di liquor nella cavia non dà risultato. Iniettato il liquor in scimmie ha dato febbre e atassia in tre casi.

La prognosi è buona; non lascia reliquati, nemmeno a distanza di 3-5 anni.

Per quanto riguarda i rapporti con le altre malattie nervose alcuni ritengono che ci siano rapporti colla poliomielite, colla meningite tubercolare, colla meningite sifilitica, coll'encefalite letargica, colla parotite e con una forma attenuata di meningite meningococcica. Ma l'A. non approva queste opinioni.

R. LUSENA.

Un caso di neurossite postvaricellosa a sintomatologia cerebellare pura.

Se ne occupano J. A. Chevany e A. Chaignot. (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 19 gennaio 1931).

Le complicazioni nervose della varicella si osservano oggi con molta maggior frequenza che in passato e fra i casi descritti si trovano meningiti, neuriti, mieliti flaccide, spastiche, encefaliti, encefalomieliti. Nella maggior parte dei casi esiste anche una nota di lesione cerebellare, e osservazioni di sintoma-

tologia cerebellare pura, o di sintomatologia in cui predomina l'elemento cerebellare, sono state pubblicate da Galli, Glangmam, Bertoye e Gareni, Cornil e Kessel, Van Bogaert e altri.

In questo articolo l'A. riporta anch'egli un caso di forma cerebellare pura postvaricellosa, osservata in una ragazza di 16 anni, nella quale la complicazione nervosa caratteristica durò circa 15 giorni per scomparire completamente alla fine della terza settimana di malattia.

Riferendosi a questo caso, l'A. discute quindi brevemente la questione della specificità del virus varicelloso nelle complicanze nervose della varicella e della unicità o pluralità del virus varicelloso stesso. C. NERVI.

L'atropina ad alte dosi nelle sequele dell'encefalite epidemica.

H. Lewenstein (*Deut. med. Wochens.*, 12 giugno 1931) ha trattato con successo diversi malati con l'atropina ad alte dosi (10-20 mg. al giorno) e considera tale metodo di cura come il più efficace di quelli sintomatici finora conosciuti.

Evidentemente, tale cura non è senza inconvenienti e non sarebbe consigliabile l'introdurla senz'altro nella pratica. Tutti i pazienti si sono lamentati, fin dall'inizio, di secchezza alla gola e di difficoltà di inghiottire. Già con 5 mg. si hanno disturbi dell'accomodazione, con forte midriasi, contro i quali sono consigliabili degli occhiali colorati corretti.

Nel 50 %, si hanno irregolarità del polso; abbastanza frequenti i disturbi vescicali ed intestinali (diarree o costipazione ostinate).

Fra i disturbi cronici, sono da menzionarsi: la furunculosi, dovuta a disturbi del ricambio, il contegno generale (stanchezza, apatia, disturbi psichici, come allucinazioni del tatto o di altri sensi, stati deliranti).

I successi ottenuti però sono notevoli in quanto che 21 su 25 pazienti sono ritornati più o meno capaci di guadagnarsi la vita. Il successo è legato anche alla continuazione della cura, con una dose giornaliera di 4-10 mg. Il modo migliore per la somministrazione è quelle in pillole che si dosano più facilmente.

La cura andrebbe fatta in adatti istituti con personale appositamente istruito; il paziente vi dovrebbe rimanere per un paio di mesi. *fil.*

Gli inconvenienti dei preparati barbiturici nel trattamento della epilessia.

La generalizzazione dei metodi di trattamento con i derivati della fenimalonilurea e la facilità con cui questi possono essere procurati hanno provocato un'abbondante letteratura sull'intossicazione barbiturica. Sono stati descritti finora quelli dei primi giorni di somministrazione: segni di intossicazione leggera, sonnolenza, più spesso leggera eccitazione, cammino da ebbro, talora nausee: si può arrivare ad un vero stato di ebbrezza gardenalica, alla confusione mentale, al coma. Sono state descritte altresì delle eruzioni che compaiono al 9°-10° giorno.

G. Mailard e P. Thomazi (*La Presse médicale*, 10 giugno 1931) richiamano l'attenzione sopra un altro sintomo meno frequente e soprattutto meno osservato perchè più tardivo.

Si tratta di dolori a tipo reumatico (artromuscolare) che si hanno in malati curati da tempo con i detti preparati, spesso quando si aumentano le dosi, ma talora anche con dosi piccole fino a 20 cg. I malati accusano dei dolori vaghi, sordi, continui, su cui si innestano ogni tanto dei parossismi molto acuti.

I comuni analgesici sono inefficaci e danno tutt'al più un miglioramento transitorio; bisogna risolversi a diminuire la dose, con prudenza (p. es., da 70 a 60 cg.) perchè si deve aver di mira l'interesse capitale, cioè la soppressione delle crisi.

Gli AA. hanno anche osservato un certo antagonismo fra i dolori accennati e le eruzioni. I primi si osservano specialmente in malati oltre i 30 anni, le altre sono invece rare dopo tale età; per i dolori sono, generalmente, necessarie delle dosi elevate, mentre accade il contrario per le eruzioni. La prognosi, inoltre, è del tutto diversa. L'eruzione è un fenomeno transitorio che scompare in pochi giorni dopo diminuita la dose e che non si ripresenta che eccezionalmente; invece, la recidiva dei dolori è la regola quando, dopo una diminuzione delle dosi, si tenta di ritornare a quelle antecedenti; talvolta si è addirittura costretti a sopprimere il medicamento. *fil.*

Il trattamento della sclerosi disseminata col fegato.

Era già stato osservato l'effetto favorevole della dieta a base di fegato nella degenerazione del midollo spinale associata all'anemia perniciosa. Ora, in questa forma morbosa, non vi è nessuna relazione fra la gravità delle condizioni del sangue e quella dell'affezione nervosa. I sintomi nervosi non appaiono dovuti all'anemia, ma essere la risultante della stessa o di una concomitante deficienza in ormoni o vitamine. Mellanby anzi (*Journ. Am. Med. assoc.*, 1931, pag. 325) ritiene che l'anemia viene favorevolmente influenzata da un fattore idrosolubile, mentre le lesioni nervose sperimentali guariscono mediante un fattore liposolubile.

Partendo da questi concetti, A. Goodall e J. K. Slater (*British med. Journ.*, 9 maggio 1931) hanno iniziato il trattamento di alcuni casi di sclerosi disseminata somministrando del fegato totale, leggermente cotto, in quantità di circa mezza libbra al giorno (circa 225 grammi). Le osservazioni degli autori si estendono per un periodo di soli sette mesi, nei quali però essi hanno potuto rilevare dei mi-

glioramenti tali da giustificare le migliori speranze.

Riportano 5 osservazioni; due di essi, dapprima totalmente inabili sono tornati al lavoro (l'uno come meccanico, l'altro come contadino); un uomo incapace di reggersi in piedi potè caminare speditamente; una donna, che non poteva camminare senza aiuto, cammina ora bene; un'altra può ora giocare a palla.

Risultati pure promettenti si hanno anche per altri casi, nei quali però il periodo di osservazione è ancora troppo breve.

Tenuto conto della prognosi infausta che si fa nella sclerosi disseminata, i risultati ottenuti sono certamente confortanti. Le osservazioni degli AA. tenderebbero anche a dimostrare che la sclerosi disseminata appartiene forse ad una malattia da carenza. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA

La patogenesi dei calcoli urinari.

J. Schneider e A. Codouns (*Paris médical*, 30 maggio 1931) hanno trovato che nell'86,20 % dei casi si associano il colibacillo con l'ossalato di calcio e nel 75 % dell'acido urico con l'enterococco. Nel 18 % dei casi non vi erano cristalli nell'urina, nel 2 % circa non esistevano germi.

Il colibacillo, quindi, tende a coincidere con l'ossalato di calcio e con un pH neutro o nettamente alcalino, mentre l'enterococco, meno frequente a riscontrarsi pure essendo più comune di quanto si crede, sembra coincidere con un ambiente molto più acido e con la predominanza dei cristalli di urato acido di sodio o di acido urico libero. Lo stafilococco, quando non sia un semplice saprofita, sarebbe molto più raro; alcuni malati ne eliminano però grandi quantità, puro od associato al colibacillo ed all'enterococco, specialmente quando si tratta di urine nettamente alcaline in cui predominano i detriti di fosfato ed i cristalli di fosfato ammonio-magnesiaco.

Trattasi di statistiche ancora incomplete (i casi degli AA. sono 52) che però starebbero ad indicare come la litiasi urinaria sia sempre di origine microbica; il germe da solo, però, non è capace di provocare la formazione dei cristalli, per i quali occorrerebbe una fase intermediaria formata, probabilmente, dal fermento fornito dai leucociti.

Queste osservazioni possono avere importanza anche pratica nel senso soprattutto di consigliare dei regimi e delle medicazioni diverse a seconda che si tratti dell'uno o dell'altro germe e, quindi, dell'una o dell'altra condizione. *fil.*

La composizione dei calcoli urinarii.

Newcomb e Ranganathan hanno studiato (*The Indian Journ. of. Med. Research*, n. 4, 1930) la composizione dei calcoli renali: essi hanno esaminato, a questo scopo, oltre 200 calcoli della vescica e 5 dei reni e riportano i risultati così ottenuti in una lunga serie di tabelle e di grafiche.

Risulta da queste che i calcoli della vescica sono composti per la massima parte di acido urico e ossalato di calcio: vengono poi, in ordine, il fosfato di calcio, il fosfato ammonico magnesiaco, le proteine e altre sostanze.

Queste diverse sostanze erano variamente mescolate tra loro, e i calcoli « puri », formati di una sola sostanza, rappresentavano soltanto il 6-8 per cento.

Considerando pertanto il componente principale dei calcoli, vanno classificati in ordine di frequenza i calcoli di mati, quelli di ossalati e quelli di fosfati.

I cinque calcoli renali esaminati erano tutti di ossalati.

In genere, non si può, dal loro aspetto esterno, dedurre la costituzione chimica dei calcoli. V. SERRA.

RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO

La protezione e l'assistenza della maternità e dell'infanzia.

Fra i provvedimenti emanati dal Governo Nazionale a tutela della sanità fisica e morale del popolo italiano, tiene il primo posto la legge 10 dicembre 1925, n. 2277 sulla protezione e l'assistenza della maternità ed infanzia, modificata con R. decreto-legge 21 ottobre 1926, n. 1904, e la cui applicazione è disciplinata dal Regolamento 15 aprile 1926, n. 718. Si tratta di un complesso di disposizioni di carattere giuridico, amministrativo e sanitario, delle quali ci limiteremo ad indicare quelle di contenuto più strettamente igienico e che principalmente possono interessare gli ufficiali sanitari.

La legge ha istituito un Ente morale con sede in Roma chiamato *Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia*. Compito dell'Opera Nazionale è il provvedere alla protezione e all'assistenza delle gestanti e delle madri bisognose o abbandonate, dei bambini lattanti o divezzi fino al quinto anno, appartenenti a famiglie che non possono prestar loro tutte le cure per un razionale allevamento, dei fanciulli di qualsiasi età, appartenenti a famiglie bisognose e dei minorenni fisicamente o psichicamente anormali, oppure materialmente o moralmente abbandonati, traviati o delinquenti, fino all'età di anni diciotto compiuti. L'Opera favorisce anche la diffusione delle norme d'igiene prenatale e infantile, nelle famiglie e negli istituti, a mezzo di ambulatori, di scuole di puericoltura e di corsi popolari d'igiene materna e infantile; organizza, d'intesa cogli enti e le autorità sanitarie e scolastiche, la profilassi antitubercolare dell'infanzia, e la lotta contro le malattie infantili; sorveglia e controlla l'appli

cazione delle leggi in vigore per la protezione della maternità ed infanzia.

Nelle provincie l'Opera è rappresentata da una *Federazione* costituita fra tutte le istituzioni pubbliche e private aventi per fine la protezione della maternità e dell'infanzia; del Consiglio direttivo della Federazione e della sua Giunta esecutiva fa parte di diritto il medico provinciale. Nei Comuni l'attuazione dei compiti dell'Opera Nazionale è affidata ad uno o più *Comitati di patronato*, di cui è membro l'ufficiale sanitario od un medico condotto da esso designato, quando si tratti di più Comitati. È obbligo delle istituzioni di beneficienza, ospedali, asili di maternità, ecc. di ricoverare le donne e i fanciulli inviati dall'Opera, e di accogliere le gestanti che abbiano compiuto l'ottavo mese di gravidanza o le partorienti e le puerpere fino a quattro settimane dopo il parto. I privati o gli enti che vengano a conoscenza che un bambino o fanciullo si trovi in stato di abbandono materiale o morale, debbono segnalarlo al locale Comitato di patronato, che provvederà alla sua assistenza. È vietato l'impiego di fanciulli minori di quindici anni nella preparazione di spettacoli cinematografici od in pubbliche rappresentazioni nelle sale di varietà, cinematografi, circhi equestri, ed in altri luoghi aperti al pubblico, esclusi i teatri per rappresentazioni di opere liriche o drammatiche e le cinematografie aventi scopi educativi. Il divieto è esteso ai minori di anni sedici per esercizi di acrobatismo, giuochi di forza od altri esercizi pericolosi.

Nelle scuole, nei convitti ed in tutti gli istituti di educazione e di ricovero è vietata la somminisrazione e l'uso di bevande alcooliche compreso il vino, ai fanciulli e adolescenti tranne quando siano autorizzati da prescrizione medica. È vietato, nei pubblici esercizi, di somministrare ai fanciulli e adolescenti qualsiasi bevanda alcoolica. Nelle vendite al minuto di bevande alcooliche non possono essere impiegati fanciulli e adolescenti minori di anni diciotto, escluse le persone di famiglia dell'esercente. È vietato di vendere o somministrare tabacco in qualsiasi forma a fanciulli e adolescenti: ai minori di quindici anni è vietato fumare in luogo pubblico.

Le norme fondamentali, contenute nella legge, sono minutamente illustrate ed ampiamente integrate dagli articoli del regolamento; fra i più importanti ricordiamo quelli che riguardano i servizi di propaganda, per i quali possono istituirsi corsi di puericoltura prenatale e postnatale per i laureati in medicina e per le levatrici; scuole per assistenti sanitarie visitatrici di igiene materna e infantile e per assistenti sanitarie scolastiche e bambinaie; corsi popolari e pubbliche conferenze d'igiene dell'infanzia per le donne in genere, per le insegnanti e per le alunne delle scuole elementari superiori, complementari e magistrali; cattedre ambulanti di puericultura nei paesi rurali, ecc. È prescritto anche che gli ufficiali sanitari dei capoluoghi di circondario e di mandamento, che abbiano conseguito il diploma di perfezionamento in puericultura, debbano tenere corsi popolari d'igiene e assistenza all'infanzia, per i quali l'Opera Nazionale fornisce il materiale dimostrativo occorrente. Utile propaganda è svolta pure dal Bollettino periodico pubblicato dall'Opera, e coll'eventuale organizzazione di musei permanenti od esposizioni temporanee di igiene ed assistenza infantile, con cinematografi e quadri murali, cartoline, opuscoli e simili.

Ogni Comitato di patronato esplica la propria attività in una determinata zona di assistenza; il territorio dei Comuni con popolazione non superiore a 5000 abitanti si considera di regola come una sola zona, i Comuni maggiori possono esser ripartiti in due o più zone, in ognuna delle quali è costituito un Comitato di patronato. Alle adunanze dei presidenti dei vari Comitati di uno stesso Comune interviene l'ufficiale sanitario.

Ogni Comitato di patronato tiene, per la propria zona, i seguenti registri: 1) delle gestanti e madri bisognose di assistenza; 2) delle nutrici mercenarie o altre persone che allevino o custodiscano minori di 14 anni; 3) degli istituti di assistenza per la maternità ed infanzia e dei relativi posti disponibili; 4) dei minori bisognosi di assistenza non ricoverati o collocati in custodia e di quelli, inferiori a 14 anni, affidati a istituti, privati, ecc.

Per la compilazione di tali registri ciascuna Autorità è tenuta a fornire le notizie di sua competenza e parimente i direttori di istituti di maternità ed ambulatori ostetrici, le levatrici e i medici condotti debbono segnalare al Comitato le gestanti e le madri bisognose; gli insegnanti delle scuole primarie ed i medici scolastici devono indicare gli alunni che hanno bisogno di speciali forme di assistenza. I Comitati possono valersi di visitatrici volontarie o retribuite, che coadiuvino l'opera dei medici.

Sono ammesse all'assistenza: le gestanti e madri nubili o vedove, abbandonate o prive di sufficienti risorse; le gestanti o madri coniugate, abbandonate dal marito o il cui marito sia ricoverato o detenuto o comunque in condizione di non poter mantenere la famiglia; i lattanti o divezzi sino al quinto anno, figli di genitori che non possano curarne il razionale allevamento; i fanciulli appartenenti a famiglie bisognose, o esposti all'abbandono. Per l'assistenza materna i Comitati istituiscono, in ogni Comune ove siano medici specializzati in ostetricia, un ambulatorio per le gestanti, a cui queste devono essere inviate dai medici condotti e dalle levatrici tutte le volte che se ne presenti il bisogno. L'ambulatorio provvede, secondo i casi, all'assistenza domi-

ciliare o all'invio in uno degli asili materni che, sempre a cura dell'Opera Nazionale, sono impiantati nei Comuni più importanti e almeno in ogni capoluogo di circondario. Analogamente ciascun Comitato, quando già non esista, deve istituire nella propria zona di assistenza un consultorio per lattanti e divezzi fino al terzo anno di età, affidandolo ad un medico pediatra, od, in mancanza, all'ufficiale sanitario. Gli ambulatori svolgono opera gratuita di assistenza, di cura e di propaganda igienica e sono collegati coi centri di assistenza materna ed eventualmente completati da presepi, laboratori-nidi, alberghi e refettori materni, ecc. Asili-nidi per lattanti possono istituirsi anche negli stabilimenti industriali dove lavorino almeno 50 donne.

L'Opera Nazionale, quando ne ravvisi la necessità, deve altresì impiantare od integrare istituzioni dirette più propriamente alla lotta antitubercolare nell'infanzia (preventori, colonie, ospizi marini, colonie elioterapiche, scuole all'aperto, ecc.). Lo stesso dicasi per i servizi di vigilanza e assistenza medico-scolastica e per l'assistenza ai minorati fisici e psichici, ai traviati, ai delinquenti.

Senza diffondersi ulteriormente ad enumerare le molteplici forme nelle quali si esplica l'attività dell'Opera Nazionale per la Maternità ed Infanzia, quanto abbiamo brevemente accennato basta a far comprendere che essa costituisce un organismo veramente poderoso, il quale va sempre più estendendo la benefica rete delle sue istituzioni assistenziali, che dalle grandi città si spingono fino nelle più piccole borgate rurali, assicurando, con sinergia di intenti e di metodi, la più efficace tutela fisica e morale dell'elemento biologicamente più importante del nostro popolo: le madri ed i bambini.

A. Franchetti.

VARIA.

Influenza delle macchie solari sugli avvenimenti umani?

Da qualche tempo, M. Faure va studiando i rapporti fra il passaggio delle macchie solari al meridiano (che egli fa controllare da un osservatorio astronomico) ed alcuni avvenimenti umani, quali i delitti, i suicidi, gli accidenti diversi che colpiscono noi poveri mortali. Egli avrebbe osservato che tutti questi fatti, come pure il riacutizzarsi dei sintomi nelle malattie croniche e le morti improvvise, accompagnano il passaggio delle macchie solari.

Allorchè queste si avvicinano al meridiano, il primo a reagire è l'uomo e si ha allora il risveglio dei sintomi sopiti delle malattie croniche. Esempio frequente è la crisi di dolori che si manifestano senza una causa apparente. Il malato dice spesso che i suoi dolori annunciano un cambiamento di tempo; e questo si produce, di fatto, entro due o tre giorni sotto l'influenza della macchia che passa al meridiano.

Con questo passaggio coincidono le morti improvvise, i suicidi, i delitti assurdi ed indicano ad un tempo il parossismo della sofferenza umana ed il grave squilibrio del sistema nervoso, che può andare fino alla morte od all'atto demenziale.

Poi la reazione umana si calma, poichè la macchia è passata, ma si hanno allora gli incendii, le esplosioni di *grisou*, gli uragani, i cicloni. L'aurora boreale si manifesta generalmente un paio di giorni dopo il passaggio della macchia, come pure l'eruzione vulcanica od il terremoto che appaiono come gli ultimi segni dell'azione formidabile delle radiazioni solari anormali sulla scorza terrestre e sui suoi abitanti.

Come esempio, Faure (*Gazette des hôpitaux*, 19 agosto 1931) cita una serie di fenomeni subentranti tolti dalla cronaca dei giornali e verificatisi dal 17 al 27 febbraio 1926 ed elenca le macchie solari osservate dal 18 al 27, con una superficie totale di 1334 milionesimi della superficie solare (la superficie della terra corrisponde ad 84 milionesimi). Tale succedersi di macchie a brevi intervalli sarebbe particolarmente dannoso, determinando effetti molto più forti che non le stesse macchie separate da intervalli di settimane.

È facile l'obbiezione che, per essere probative, le osservazioni dei fenomeni sull'uomo dovrebbero estendersi contemporaneamente su tutta la superficie terrestre e non limitarsi alla cronaca dei giornali letti dall'autore o dei pochi fatti (morti subitanee) venuti a sua conoscenza. L'influenza delle macchie solari dovrebbe estendersi su tutta la superficie del nostro povero pianeta e la documentazione dovrebbe essere estesissima per provare se vi è o non coincidenza. Quali immense macchie solari vi devono essere state durante l'immane carneficina della guerra mondiale! Le hanno osservate gli astronomi?

Ad ogni modo lasciamo il beneficio d'inventario all'A., il quale dalle sue osservazioni conclude che l'uomo si comporta come un reattivo sensibilissimo all'influenza delle radiazioni solari. Esso è il primo che risente l'avvicinarsi della macchia e manifesta la sua reazione con sintomi inversi, talora violenti, ma transitorii. In seguito, la superficie terrestre partecipa, in modo più duraturo, alla perturbazione che finisce in pochi giorni nella profondità della scorza terrestre.

D'altra parte, continua l'A., la macchia solare non è se non il segno più appariscente dell'effervescenza solare ed è ai momenti in cui tale effervescenza è di un'attività eccezionale che si dovrebbero attribuire i sintomi morbosi e gli accidenti tellurici osservati.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Medicina curativa e medicina fiscale.

L'applicazione di provvidenze assicurative varie ha attivata una delicata funzione medica, quella fiscale.

Funzione questa meno pietosa, apparentemente meno umana, ma dal punto di vista sociale molto importante.

Compito che richiede una preparazione di studî e di esperienza assidua e faticosa per lo meno quanto quella che richiede la comune professione.

Basta avere esercitato poche volte la medicina fiscale per rendersi conto delle difficoltà che s'incontrano e delle responsabilità che incombono.

Il medico che ha il compito di accertare lo stato di malattia e in conseguenza decidere se il soggetto ha il diritto ai vantaggi assicurativi, se è impedito al lavoro, se è idoneo a determinate mansioni, se e per quanto la sua capacità lavorativa è ridotta, deve trascurare o variamente apprezzare elementi che concorrono a validamente aiutare nel suo lavoro di diagnosi il medico curante.

Questi, in genere non ha motivo di dubitare della sincerità del soggetto: raccoglie serenamente le notizie che il paziente fornisce su i suoi precedenti familiari e individuali, ascolta fiduciosamente le sofferenze da lui accusate, interroga per chiarire e precisare.

Il medico fiscale da tutto ciò deve prescindere, o deve vagliarlo con altra *forma mentis*.

I dati anamnestici hanno un valore relativo, le sofferenze subiettive devono esser sottoposte a tara, l'interrogatorio deve essere praticato con metodo speciale per evitare i suggerimenti e saggiare la sincerità del soggetto.

L'esame subiettivo richiede quindi uno sforzo mentale, un'interpretazione psicologica che il medico curante in genere si risparmia.

Il medico fiscale può tener conto delle dichiarazioni del visitando, solo in quanto la storia ed i disturbi accusati raffigurano il decorso e la sintomatologia di una entità morbosa.

Ma in effetti solo dall'esame obiettivo potrà trarre elementi sicuri per il suo giudizio.

Da ciò la necessità che il medico fiscale sia un semeiologo molto esperto, abbia una forte preparazione ed una condotta professionale più accorta di quella del comune medico curante.

La deficienza e l'incertezza di elementi diagnostici deve essere compensata da un maggior accorgimento, da un esame più accurato.

L'identificazione delle due funzioni in un solo medico può recare inconvenienti sia alla salute del malato, sia all'economia assicurativa.

Il medico per ben curare deve avere piena fiducia nel malato, non deve per nessun conto dubitare della sua sincerità. Se nella sua mente s'insinua il sospetto che il suo paziente simula o esagera, il suo apprezzamento diagnostico è deviato, la sua cura diventa trascurata.

D'altra parte se lo stesso medico funzionando da fiscale accetta per veritiero tutto quanto gli viene denunziato si presta incosciamente alla frode.

Il fiscalismo, in medicina è difficile, più difficile dell'ordinaria medicina curativa. E per quanto accorto e severo possa essere un medico, nella sua coscienza vi deve essere un margine per i dubbi, le incertezze, le probabilità di errare, ed attraverso questo margine può passare ogni specie di frode.

Tale rischio è infinitamente superiore quando il medico per la sua funzione di curante non può tutto mettere in conto della mala fede.

Il disastro finanziario delle assicurazioni contro le malattie in alcuni paesi, in Inghilterra sopra tutto, è stato appunto determinato dal fatto che allo stesso medico sono state attribuite la funzione curativa e quella fiscale, con l'aggravante della libera scelta del medico.

Con tale sistema il numero degli operai denunziatisi malati e delle giornate di malattia hanno raggiunto cifre iperboliche.

Il medico, si sa, ha tendenza all'indulgenza. Questa tendenza diventa più spinta quando gli risparmia uno sforzo mentale ed un atto di energia ed ancora più quando può procurargli un vantaggio economico.

Il medico curante-fiscale per ragioni di prudenza o di correntezza e di quieto vivere, non ha difficoltà a concedere alcuni giorni di riposo a coloro che si denunziano malati.

Per ragioni di prudenza: perchè anche le malattie più gravi si iniziano con leggeri malesseri, e non è conveniente rischiare di essere smentiti dai fatti successivi.

Per ragioni di correntezza e di quieto vivere, perchè l'essere benevolo evita risentimenti da parte dei colpiti.

D'altra parte l'accertamento sanitario, specie quando il numero di quelli che si denunziano malati è rilevante, non sempre è praticato tempestivamente, ed il medico per giustificare sè stesso ha bisogno di giustificare l'assicurato.

Le cose si complicano quando vige il sistema della libera scelta, cioè quando l'assicurato ha la facoltà di scegliersi il medico curante che è allo stesso tempo fiscale.

È un sistema illogico o, per dirla eufemisticamente, ingenuo.

Si dà al soggetto la facoltà di scegliersi il

giudice, il quale ha tutto l'interesse di essere benevolo per procurarsi il maggior numero di giudicabili e quindi di onorarî.

In Inghilterra, dove vige questo sistema, gli effetti sono stati quali erano prevedibili. Le somme spese per sussidî di malattia sono ingenti.

Si è dovuto ricorrere all'istituzione di un corpo di medici ispettori.

Lo stesso Segretario della British Medical Association, dottor Cox, che si batte perchè l'istituto della libera scelta venga conservato confessa che una Cassa nel 1929 inviò agli ispettori medici 165.863 assicurati dichiarati inabili al lavoro dai medici curanti-fiscali, e che di essi ben 79.324, ossia quasi la metà, non si presentarono alla visita di controllo e ripresero il lavoro.

Una tale disastrosa esperienza deve far molto meditare circa la opportunità di istituire nel nostro paese l'assicurazione generale contro le malattie, ed in via subordinata sul sistema curativo e fiscale da adottarsi.

Sembra che in Italia voglia affidarsi tale compito alle Mutue. Ma anche queste possono dare effetti socialmente dannosi e finanziariamente disastrosi quando il sistema dell'accertamento fiscale non sia tale da ridurre al minimo le frodi.

Pangloss.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ASCOLI PICENO. *Amministraz. Provinc.* — Medico primario presso l'Ospedale Psichiatr. Prov.; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 serv. att., c.-v. (L. 360 per i celibi, L. 1821 per i coniugati, oltre indenn. supplettiva per ogni figlio oltre il terzo); riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50. Scad. 15 ott.

BERGAMO. *Ospedale Maggiore « Principessa di Piemonte ».* — Primario tisiologo, aiuto e due assistenti per la Divisione Sanatoriale; titoli ed esami; stip. rispett. L. 10.000, L. 8.500 e L. 7.500 decurtati del 12 %; c.-v.; partecipaz. Chiedere annunzi al Protocollo. Scad. ore 12 del 10 ott. Età lim. a. 40, 35 e 30. Tassa L. 50.

Dirigente sanitario dell'Istituto Provinciale di assistenza materna ed infantile, gestito dall'Ospedale; L. 9000, eventuale c.-v., riduz. 12 %; titoli scientifici e pratici; chiedere annunzio; scad. ore 12 del 17 ott.; tassa L. 50.

BOGLINNO (*Istria*). — Scad. 4 ott.; con Valdarsa; L. 9000 e 4 quadrienni dec., oltre c.-v.; L. 4000 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.

CASALVELINO (*Salerno*). — Scad. 30 sett.; due condotte; L. 7000 oltre indenn. cavalc.

CASTELDELCI (*Pesaro*). — Scad. 20 ott.; L. 10.000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 3000 cavalc., L. 400 uff. san., addizionali L. 2 e L. 3 oltre 500 e 1000 poveri.

DELLO (*Brescia*). — Stipendio annuo lordo lire 9000. Indennità cavallo L. 3000. Indennità quale Ufficiale Sanitario L. 800. Caro viveri di legge. Il tutto da ridurre del 12 %. Aumento di un decimo ogni cinque anni e per sei volte. Età massima anni 35 salvo eccezioni di legge. Domanda, con tassa L. 50, e documenti, nonchè certificato con i punti riportati negli Esami di Stato per l'abilitazione. Scadenza 5 novembre 1931. Assunzione del servizio entro quindici giorni dalla partecipazione sotto pena di decadenza. Per altri chiarimenti scrivere alla Segreteria Comunale di Dello (Brescia).

ENNA. *Amministrazione provinciale.* — Per titoli ed esami. Direttore della Sezione Chimica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e di Profilassi. Presentazione della domanda corredata dai documenti di cui all'art. 8 del R. D. 16 gennaio 1927, n. 155, non più tardi delle ore 18,30 del 20 novembre 1931.

Stipendio iniziale L. 14.400 con tre aumenti quadriennali di L. 600, L. 700 e L. 800. Indennità di servizio attivo L. 3700 e caroviveri come per gli altri dipendenti dalla Provincia. Ritenute come per legge e riduzione del 12 % giusta art. 3 R. D. 20 novembre 1930, n. 1491.

Limiti d'età di cui all'art. 9 del citato decreto 16 gennaio 1927.

La formazione della graduatoria e la nomina avranno luogo secondo le modalità stabilite dallo stesso decreto.

Il nominato dovrà assumere servizio infra giorni 15 dalla partecipazione di nomina.

Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria generale della Provincia.

FIRENZE. *Comune* — Medico addetto all'Ufficio d'igiene; L. 8100 e 8 trienni dec., oltre L. 1500 disagio professionale, c.-v., L. 3000 indenn. supplement.; rid. 12 %. Medico capo del Dispensario Celtico Municip.; L. 6500; rid. 12 %. Per i due posti scad. ore 17 del 15 ott. Titoli ed esame. Chiedere annunzi.

FOGGIA. *Amministrazione provinciale.* — Per titoli ed esami: Direttore della sezione Medico-Micrografica del Laboratorio provinciale d'igiene e profilassi di Foggia, con lo stipendio annuo di L. 16.000, suscettibile di quattro aumenti quadriennali del decimo oltre la indennità di servizio attivo in L. 1600 e le indennità caroviveri se dovute, salvo le riduzioni di cui al R. D. legge 20 novembre 1930, n. 1491.

Titolo di studio: Diploma di abilitazione allo esercizio della professione di Medico Chirurgo.

Scadenza per la presentazione dei documenti: ore 12 del 30 novembre 1931.

Rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione provinciale.

MONSELICE (*Padova*). *Ospitale Civile Vitt. Em. III.* — Scad. 10 ott.; primario del Reparto di Medicina, Sanatorio e Dispensario antitub.; L. 12.000 ridotte 12 %.

NASO (*Messina*). — Scad. 12 nov.; 2ª cond.; lire 8000 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

PALERMO. *Comune.* — Scad. 16 nov.; 4 condotte; L. 11.600 aumentabili a L. 13.700, oltre lire 2800 indenn. serv. att., L. 2000 indenn. giro, eventualm. c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

RAPALLO (*Genova*). — Scad. 10 ott.; L. 7200 e 10 bienni ventesimo, oltre L. 500 per i pov. sopra 1200 iscritti, L. 300 bicicletta; parziale riconoscim. servizi anter.

REGGELLO (*Firenze*). — Al 5 dic., ore 12; per Leccio; L. 8500 e 8 trienni dec.; c.-v.; L. 2400 trasp.; decurtaz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa lire 50,10; doc. a 3 mesi dal 5 sett.

ROMA. *Ministero della Marina.* — Concorso per la nomina di 13 tenenti medici in serv. att. perman.; età lim. 30 a. al 15 ag.; scad. 90 giorni dalla pubblicaz. sulla « Gazz. Uff. »; se ammogliati, produrre le prove di possedere la rendita annua di L. 4500. Chiedere copia della notificaz. di concorso, istruzioni e programmi al Ministero (Direz. Gen. del Personale e dei Servizi militari, Divisione Stato giuridico), o alla Direz. della R. Scuola di Sanità militare marittima di Napoli, o alle Direzioni degli Ospedali Militari Marittimi di Napoli, La Spezia, Taranto, Venezia, Pola, La Maddalena.

ROMANO DI LOMBARDIA (*Bergamo*). — Al 15 ott., 2ª cond.; L. 6000 e 5 quinquenni dec., oltre addizionale L. 2 ogni iscritto (circa 1000), che sarà elevata a L. 5 per gli ammessi alla sola cura medica e ostetrica; c.-v.; decurtaz. 12 %; per trasp. L. 500; chied. annunzio. Tassa L. 50,20.

S. MARTINO DI VENEZZE (*Rovigo*). — Scad. 10 ott.; due cond. per 1000 pov. ciasc.; L. 8000 e L. 8500, oltre 5 quadrienni dec.; L. 1000-1500-3000 trasp.; età lim. 40 a.

SASSOCORVARO (*Pesaro*). — Medico interino prevalentemente chirurgo per 1ª condotta e direz. Ospedale Civile (nuovo fabbricato da inaugurarsi il 28 ott.). Richiedesi statistica operatoria e pratica radiologica. L. 10.500 oltre L. 2000 direz. Osped., 1° c.-v., riduz. 12 %; partecipaz.

TERAMO. *Amministraz. Prov.* — Direttore della Sez. med.-micrograf. del Laborat. prov. d'igiene e profilassi; proroga al 10 ott. (ore 12).

TESERO (*Trento*). — Scad. 3 ott.; con Pauchia; richiedere avviso e chiarimenti al Comune.

TRECENTA (*Rovigo*). — Scad. 10 ott.; 2° reparto; L. 8500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 850 serv. att., c.-v., indenn. trasp.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

VIGONE (*Torino*). — Una delle condotte mediche, secondo il Capitolato visibile presso la Segreteria Comunale. Scad. 31 ott

VILLAPUTZU (*Cagliari*). — Scad. 60 giorni dal 1° sett.; L. 9000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 1000 uff. san., addizion. L. 5 sui 1000 pov.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il dott. Noël Fiessinger è stato incaricato, dalla Facoltà medica di Parigi, dell'insegnamento della patologia sperimentale, reso vacante in seguito al passaggio di Rathéry alla Clinica medica della Pitié.

Il prof. João Froes è nominato titolare di clinica medica alla Università di Bahia (Brasile).

Il prof. E. Souza Campos è nominato decano della Facoltà medica di San Paolo (Brasile); il prof. Luiz de Rezende Puech, vice-decano della stessa Facoltà.

Il col. med. Robert U. Patterson è nominato direttore generale del Corpo sanitario militare degli Stati Uniti.

NOTIZIE DIVERSE.

Associazione internazionale ospedaliera.

Durante il 2° Congresso internazionale ospedaliero, adunatosi a Vienna dall'8 al 14 giugno, i delegati di 41 Nazioni rappresentate al Congresso e i mandatari delle Associazioni nazionali degli Ospedali — costituite in una quindicina di Paesi — hanno fondato un'« Associazione internazionale ospedaliera », il cui scopo è di organizzare degli scambi di vedute e una collaborazione internazionale su tutti i problemi sanitari, economici e sociali relativi agli ospedali.

L'Associazione internazionale accoglie, quali membri ordinari, le Associazioni nazionali; e quali membri straordinari, gli Ospedali, le organizzazioni d'igiene e di assistenza e le persone in rapporto con tali Enti (quota annua fr. francesi 125), nonchè le ditte e le persone in rapporto di affari con gli ospedali (quota annua fr. francesi 250).

Organo ufficiale dell'Associazione è il « Nosokomeion », a periodicità trimestrale, edito dalla Casa W. Kohlhammer (Urbanstrasse 12-16, Stuttgart, Germania, abbonamento annuo R. M. 12).

Per le adesioni rivolgersi al: Dr. René Sand, Président de l'Association internationale des Hôpitaux, Avenue Velasquez 2, Paris VIII, Francia.

Congresso internazionale di neurologia.

Si è svolto a Berna; l'inaugurazione venne fatta dal presidente uscente della Confederazione Svizzera, in presenza dei delegati di quasi tutti i Paesi del mondo.

La presenza del prof. Pavlow di Leningrado, che malgrado l'età avanzata — conta 82 anni — persegue le sue ricerche, dette luogo ad una manifestazione cordiale di simpatia.

Dei lavori ci occuperemo prossimamente.

2ª Conferenza internazionale e Congresso coloniale sul ratto e sulla peste.

Sotto questo titolo un po' complicato, dal 7 al 12 ottobre avrà luogo in Parigi un convegno presieduto dal prof. Marchoux, e sarà di non dubbio interesse scientifico e pratico. Quota: fr. 100 per i singoli aderenti o partecipanti, fr. 500 per le società, collettività, ditte ecc. Rivolgere tutta la corrispondenza al segretario generale prof. Gabriel Petit, rue de Picpus 84-bis, Paris XII, Francia.

88° Congresso italiano di chirurgia.

La Società Italiana di Chirurgia si adunerà quest'anno a Bari nei giorni 18-21 ottobre. Il tema di relazione « Sindromi associate dell'addome destro » sarà svolto dal prof. N. Leotta (Palermo) e l'altro in comune con la Società Italiana di Medicina interna « Pancreatite acuta e cronica » dal prof. G. Tusini (Genova).

Presidente del Comitato ordinatore del Congresso è il prof. C. Righetti (Bari).

I soci che volessero svolgere comunicazioni durante le riunioni del Congresso sono pregati di voler inviarne il titolo alla Segreteria della Società (R. Clinica chirurgica, Roma) non più tardi del 1° ottobre.

Per i ribassi ferroviari bisogna rivolgersi alla stessa Segreteria in Roma. Per l'alloggio inviare la prenotazione al prof. Ceccarelli, segretario del Comitato ordinatore del Congresso, Bari, indicando la categoria dell'albergo.

22° Congresso italiano di idrologia, climatologia e terapia fisica.

Si terrà nel maggio 1932 a Viareggio, unitamente al 5° Raduno talassoterapico nazionale, per cura dell'Associazione medica italiana d'idrologia, climatologia e terapia fisica.

In tale occasione verrà inaugurata la biblioteca del Centro di studi talassoterapici in Viareggio.

Per qualsiasi informazione o comunicazione rivolgersi al presidente dell'Associazione, prof. Gennaro Fiore, R. Clinica pediatrica, Pisa.

Al Congresso italiano delle scienze.

Notevoli relazioni e comunicazioni sono state fatte nel campo medico. Ci limitiamo a riferire su due di esse, che hanno richiamato specialmente l'attenzione.

Il sen. Baldo Rossi trattò dell'anestesia chirurgica: dopo aver delineate quelle che possono essere le attuali direttive del chirurgo nel campo anestetico, il sen. Baldo Rossi mise in rilievo gli studi fatti a Milano e nella sua clinica allo scopo di creare una industria per i gas e gli apparecchi da narcosi, tali da emancipare dalla dipendenza dell'estero i nostri chirurgni.

L'oratore fece poi una rapida disamina critica dei più consueti metodi e mezzi di anestesia, discusse sui vantaggi da questa effettuati col gas e presentò degli apparecchi adatti per la somministrazione del protossido d'azoto e dell'etilene — i gas anestetici più usati — che dichiarò perfetti e da considerarsi fra i migliori in commercio.

Accennò anche alla iniziativa del comm. Brambilla che tale industria ha creato e concluse affermando, in base a molteplici studi biologici e ad una esperienza quasi biennale della sua Clinica, che la narcosi coi gas, intesa come è al giorno d'oggi, eccelle sugli altri metodi di anestesia e può essere considerata il metodo di elezione per la narcosi generale.

Sull'argomento interloquì il prof. Fasiani della R. Università di Padova.

Sul tema « Notizie ulteriori e nuovi dati sopra saggi di chemioterapia istogena dei tumori maligni » il prof. Gaetano Fichera tenne una conferenza nella quale, dopo aver ricordate le proprie precedenti comunicazioni in materia svolte a Bolzano, Trento e Bologna, classificò e discusse innumerevoli casi sottoposti alla semplice chemioterapia istogena correttiva descrivendone il metodo di preparazione, le modalità di uso, le indicazioni, le controindicazioni ed il meccanismo. L'oratore concluse la sua conferenza affermando che autorevoli studiosi stranieri si pongono oggi, rapidamente, sulla via tracciata dalla scuola oncologica italiana.

S. E. il prof. Dionisi e il prof. Perez proposero un ordine del giorno, votato per acclamazione, riconoscendo il valore e la priorità dell'opera scientifica del Fichera.

Il prof. Raffaele Silvestrini trattò il tema « Varie forme e vario potere patogeno del virus tubercolare ». I proff. Serafino Belfanti e Angelo Contardi hanno letto ciascuno la propria parte della relazione in comune sul beri-beri.

Venne in discussione il problema delle rivendicazioni, sotto gli auspici del Sindacato Medico Milanese.

Congressi medici tedeschi differiti.

Abbiamo già dato notizia che il Congresso tedesco sulle malattie digerenti e del metabolismo e il Congresso tedesco di farmacologia sono stati differiti, a causa della grave crisi finanziaria che la Germania attraversa.

Per lo stesso motivo è stato anche differito il Congresso internazionale di psicoanalisi, annunziato dal 7 all'11 settembre ad Interlaken (Svizzera), nel quale avrebbero avuto una parte predominante i congressisti tedeschi.

Sempre per lo stesso motivo, i radiologi tedeschi hanno deciso di astenersi dal partecipare al Congresso internazionale che si è adunato nell'agosto a Parigi.

Il Congresso nazionale delle Università tedesche, che doveva tenersi a Danzica dall'8 al 10 ottobre, è stato annullato.

Corsi internazionali di perfezionamento.

Ad iniziativa della Fondazione Tomarkin di New York (sezione Europa) dall'11 al 26 ottobre 1931 avrà luogo a Locarno (Svizzera) il 3° Corso internazionale di perfezionamento medico. Ad esso possono iscriversi anche i medici esercenti in Italia. Sono annunciate importantissime conferenze e lezioni dei più illustri scienziati delle Università delle varie nazioni europee. Nel programma figurano i nomi dei proff.: Abderhalden (Halle), Bertarelli (Pavia), Besredka (Parigi), Asher (Berna), Blumenthal (Berlino), Bucky (Berlino), Bürgi (Berna), Léon Bernard (Parigi), Cavaillon (Parigi), Doerr (Basilea), Dustin (Bruxelles), Frey (Berna), Friedemann (Berlino), Hauser (Berna), Janet (Parigi), Klopstock (Berlino), Leriche (Strasburgo), Levaditi (Parigi), Madsen (Copenaghen), Mansfeld (Pecs), Meyerhof (Heidelberg), Michaud (Losanna), Miculicicz (Zagabria), Neuberg (Berlino), Otto (Berlino), Rabinowitsch-Kempner (Berlino), Regaud (Parigi), Rollier (Leysin), Rondoni (Milano), Rusca (Locarno), Sachs (Heidelberg), Sobercheim (Berna), Stahelin (Basilea), Witebsky (Heidelberg), ecc.

Durante il corso avranno luogo escursioni varie e riunioni sociali. Saranno concesse facilitazioni speciali per le visite nei dintorni di Locarno. Tassa di iscrizione franchi svizzeri 50.

Per ogni informazione, per la prenotazione dell'albergo, per l'iscrizione, e il programma completo, rivolgersi alla Segreteria della Fondazione Tomarkin, Casella 128, Locarno (Svizzera).

* * *

Dal 10 novembre al 20 dicembre avrà luogo, nella Scuola Medica dell'Ospedale Incurabili in Napoli, un corso di perfezionamento in medicina, chirurgia e specialità per laureati in medicina e chirurgia e in particolare per medici condotti.

Le domande in carta semplice indirizzate al presidente della Scuola, prof. Gabriele Tedeschi, devono essere consegnate o inviate non più tardi dell'8 novembre all'Ispettore degli Incurabili sig. Renzi Giuseppe al quale potranno richiedersi eventuali chiarimenti e il programma delle lezioni.

A coloro che avranno seguito le lezioni e le esercitazioni pratiche con assiduità, verrà rilasciato un diploma.

* * *

Dal 18 al 30 gennaio 1932, sotto gli auspici della Facoltà medica di Parigi, si terrà un corso pratico di perfezionamento in terapia dermatologica diretto dal prof. A. Sezary; tassa 400 franchi. Rivolgersi alla segreteria della Facoltà medica (rue de l'École de Médecine) oppure al prof. A. Sezary (Hôpital Saint-Louis, rue Bichat 40).

Corsi di perfezionamento.

Presso la Clinica Oto-rino-laringoiatrica di Perugia, nei giorni 6-7-8 dicembre p. v., il prof. Giorgio Ferreri terrà un corso privato di perfezionamento in semeiotica e clinica vestibolare con esercitazioni pratiche. Quota d'iscrizione L. 300. Per informazioni rivolgersi: Dott. Corneli, Clinica Oto-rino-laringoiatrica, Perugia.

Nuovo ricovero dei fanciulli frenastenici in Roma.

Dall'Amministrazione Provinciale di Roma è stata appaltata la costruzione di un apposito edificio, su progetto dell'Ufficio Tecnico della Provincia, per il ricovero di fanciulli deficienti e rieducabili, da sorgere nelle adiacenze dell'Ospedale Provinciale di S. Maria della Pietà per malattie mentali sito nella ridente località di Monte Mario; sarà idoneo a dare speciale ricovero e particolari cure a numerosi bambini che, per il loro stato anormale, erano stati costretti fin'ora, a vivere con altri malati dell'Ospedale stesso e molti dei quali la Provincia era stata costretta a tenere in altri Istituti.

Il padiglione, che avrà l'onorifica denominazione degli Augusti Principi di Piemonte, sarà capace di cento letti e sarà dotato di tutti gli opportuni impianti voluti dalla moderna tecnica manicomiale.

L'Istituto importerà nel suo complesso una spesa prevista di circa un milione e mezzo.

Centro medico grandioso a Berlino.

La « Cassa d'assicurazione generale » della Germania ha inaugurato a Berlino un grandioso e sontuoso edifizio, comprendente numerosi ambulatori clinici, oltre agli uffici amministrativi. La sola *hall* misura 52 × 45 metri, è divisa in tre navate e prende la luce dall'alto attraverso un artistico tetto a vetri. La costruzione è costata 5 milioni di marchi, ossia 25 milioni di lire incirca.

Il « Berliner Tageblatt » così commenta:

« Le assicurazioni sociali costituiscono, indubbiamente, una conquista che è nostro stretto dovere difendere contro gli attacchi della reazione. Confessiamo però che questa difesa ci è resa veramente ardua quando si vede la burocrazia incaricata del benessere pubblico lanciarsi in simili intraprese di sperpero. I capi della Cassa non solo hanno perduto ogni nozione della miseria dei nostri tempi, ma vivono in una specie di sogno, credendo che le istituzioni loro affidate siano scopi a se stesse e non semplici mezzi a servizio della sanità pubblica.

« È per questo che vengono ridotti gli onorari dei medici? È per questo che centinaia di migliaia di persone corrispondono le loro quote onerose? Mentre lauti uffici restano vuoti, i burocrati elevano un castello amministrativo, che costa cinque milioni di marchi! ».

Legati e donazioni all'Accademia di Medicina di Parigi.

Il sig. Isac-Léon Ricaux ha legato all'Accademia la somma di cento mila franchi, per costituire, con la rendita, due premi di uguale valore, destinati a compensare i lavori di studiosi francesi o stranieri che avranno per scopo la guarigione della tubercolosi e quella del diabete.

La sig.ra Henriette-Françoise Giron, vedova del prof. Jules-Émile Péan, ha donato all'Accademia la somma di cento mila franchi, per costituire una fondazione che recherà il nome del compianto marito; il reddito quadriennale sarà destinato a costituire un premio od una borsa di viaggi, da assegnare ad uno studente di medicina francese con risorse limitate, che intenda consacrarsi alla chirurgia.

In onore del sen. Giordano.

Nella Divisione chirurgica dell'Ospedale Civile di Venezia si è svolta, in forma intima, una cerimonia per la consegna al sen. Giordano delle prime copie dei tre volumi di lezioni da lui tenute. L'edizione è stata curata, in magnifica veste tipografica, dai proff. Seraval e Luxardo, col concorso del dott. Wassermann di Milano.

Per l'occasione si adunarono intorno al Maestro gli attuali e gli antichi assistenti, accorsi da ogni parte d'Italia. Parlò il prof. Seraval, esaltando il valore e l'opera di Davide Giordano.

Tra le adesioni erano quelle di Crile, De Quervain, Faure, Forgue ecc. Significativa l'adesione del sen. Maragliano, che deplora come il Giordano sia stato sottratto all'insegnamento ufficiale.

Azione giudiziaria contro un chirurgo.

Un chirurgo di Nizza aveva praticato una trasfusione di sangue ad una paralitica generale e dopo qualche tempo aveva mandato una parcella di 2000 franchi al di lei marito. Questi rifiutò di corrispondere l'onorario, sotto due titoli: l'operazione non sarebbe stata necessaria e la di lui buona fede sarebbe stata sorpresa. Promosse una perizia medica, la quale concluse che la trasfusione era stata superflua: non aveva giovato, ma neanche danneggiato. Il pretore del mandamento Ovest di Nizza ha concluso che il solo medico, nella sua coscienza, doveva decidere dell'opportunità dell'operazione e che il compenso di 2000 franchi gli era dovuto, oltre gli interessi, di diritto.

Per le acque minerali in bottiglia.

Con l'applicazione delle nuove disposizioni per la riforma dei tributi locali è abolita l'imposta consumi a carico delle acque minerali naturali in bottiglia.

La commissione per la riforma dei tributi locali ed il Ministero delle Finanze hanno, in sostanza, integralmente accolti i voti degli industriali, interpretati diligentemente dalla loro organizzazione: la Federazione nazionale fascista dell'Industria idro-termale.

Il Regime ha dato con ciò una nuova dimostrazione di interessamento per l'industria che, superando molte difficoltà, valorizza praticamente un magnifico patrimonio naturale del Paese.

Profondamente addolorati, quali medici e quali italiani, abbiamo appreso — al momento di liberare questo fascicolo — la morte di ANTONIO DIONISI, avvenuta sul campo del lavoro mentre Egli pronunziava un discorso al Congresso italiano sul reumatismo.

Ci riserviamo di parlare più ampiamente in un prossimo fascicolo dell'insigne scienziato e Maestro.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Proc. R. Soc. Med., giu. — Discussioni su: Gravidanza e tbc.; emopatie; scabbie e tigne trasmesse dagli animali. — Casistica.

Deut. Med. Woch., 26 giu. — Friedmann e Elkeles. Eziologia dell'angina monocitica. — Baumeister. La sepsi da piocianeo nell'adulto.

Bull. Méd., 27 giu. — Numero sull'apparato respirat.

Riv. Oto-Neuro-Oftalm., mar.-apr. — Melanowski. Mucocele dell'orbita. — Neuschüler. Sintomatologia prevalentem. oculare delle sinusiti.

Presse Méd., 1 lug. — M. Loeper e al. Le origini dell'ossalemia.

Practitioner, lug. — Numero sulle fratture e gl'infortuni.

Riv. di Patol. e Cl. d. Tub., 30 giu. — F. Machi. Il coefficiente di robustezza nella tbc. infant. — P. Zuccòla. Infez. transplacentare da virus filtrabile.

Deut. Med. Woch., 3 lug. — Gantenberg. Diatermoterapia delle nefriti. — Scherk. Diagnosi dell'ittero emolit.

Minerva Med., 26 mag. — A. Bobbio. Anguillulosi a localizzaz. duodenale e biliare.

Brit. Journ. of Urol., giu. — A. von Lichtenberg. Principii e nuovi progressi dell'urografia d'escrezione.

Med. Klinik, 3 lug. — C. v. Economo. Problemi sulle ricerche cerebrali.

Presse Méd., 4 lug. — C. Roussy e al. Neurospongiomi. — M. Chiray e al. Bili nere.

Arch. It. di Chir., 3. — G. Bianchi. L'equilibrio acido-basico negli ustionati. — G. Placitelli. Trasfus. di sangue. — *Id.*, 4. — A. Mirolli. Elefantiasi familiare delle gengive. — C. Luccioni. Formazioni membranose pericoliche.

Nutrition, 3. — N. Fiessinger e H. Walter. La bilirubinemetria plasmatica. — H. R. Olivier e M. Herbain. Fisio-patologia dell'insufficienza epatica.

Cl. Med. Ital., giu. — C. Papp. Anemie achiliche e perniciosiformi. — W. Melocchi. Azioni della tirossina sulla glicemia.

Arch. Ist. Biochim. It., mag. — D. Ganassini. Funzioni dello zinco in biologia. — L. D'Antona. Ricambio della creatinina nel diabete insipido.

Journ. A. M. A., 27 giu. — E. Novak. Significato biologico del ciclo riproduttivo femminile. — L. Lewin e S. H. Silvers. Carotinemia nella pratica dermatologica.

Giorn. di Cl. Med., 30 giu. — C. v. Economo. Centro nervoso per la regolaz. del sonno.

Ann. de Méd., mag. — Numero sulla difteria.

Arch. Mal. du Coeur ecc., mag. — L. Langeron. Tachicardia regolare protratta. — A. Luisada. Funzione delle arterie e delle vene.

Indice alfabetico per materie.

V. Ascoli †, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII Roma, 5 Ottobre 1931 - IX Num. 40

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma.
Direttore inc.: prof. S. SILVESTRI.

Contributo alla conoscenza dei diverticoli di Zenker

per il dott. ARNALDO POZZI.

La nozione dei diverticoli esofagei non è certo cosa recente, Cruveilhier infatti già nel 1852 scriveva: « J'ai vu plusieurs fois une dilatation partielle, une espèce de jabot, naître d'un point de la circonférence de l'oesophage: c'était un sac oesophagien oblong, conoïde, qui communiquait largement avec l'oesophage. Dans un cas le sac était constitué par la membrane muqueuse qui avait fait hernie à travers la tunique musculaire ».

Nonostante però questa conoscenza anatomo patologica così precisa e così remota, i diverticoli esofagei non cominciarono ad assumere vera individualità clinica che molto tempo dopo, poichè la prima descrizione esatta e la suddivisione dei vari tipi di diverticolo fu fatta da Zenker soltanto nel 1877 con la sua classica memoria riferentesi a 34 casi.

Nel 1900 Stark ne aveva già raccolte parecchie altre osservazioni, ma i diverticoli esofagei, senza l'avvento della radiologia, sarebbero rimasti senza dubbio eccessivamente rari perchè sempre molto difficilmente diagnosticabili.

L'introduzione sistematica dell'esame radiologico invece mise in giusta luce la loro relativa frequenza, onde scarsissimo valore deve essere attribuito alle statistiche antiche quasi tutte precedenti all'uso corrente della esplorazione radiologica ed esofagoscopica.

I primi casi studiati e diagnosticati radiologicamente furono quelli di Kauffmann e Kienbock, che in numero di 9, tali autori resero noti nel 1909, ma ad essi tennero dietro altre osservazioni, quasi sempre però da parte di radiologi.

Ma anche dal punto radiologico la frequenza dei diverticoli faringo-esofagei è relativa: l'argomento è stato trattato da Chaoul nel suo trattato con 4 casi personali, da Schinz con 1 caso personale, da Schlesinger, da Assmann, ecc., mentre da noi vanno ricordate le

osservazioni di Armani, Baldoni, Bordoni, Busi, Montanari, Bellucci, Palmieri, Parola, Salomone.

I diverticoli esofagei sono costituiti da dilatazioni circoscritte di un punto limitato della parete esofagea, di forma varia (semplici depressioni, invaginazioni a dito di guanto, sacche vere e proprie) comunicanti con il canale esofageo attraverso un orificio più o meno ristretto.

A seconda della sede anatomica i diverticoli dell'esofago si distinguono in d. del confine faringo-esofageo o div. di Zenker e in diverticoli esofagei pròpriamenti detti, suddivisi questi da Rosenthal in epifrenici, quando sono situati sopra il diaframma e in epibronchiali, quando stanno al punto di incrocio con il bronco principale di sinistra.

Circa l'etiologia dei diverticoli esofagei, occorre anzitutto fare distinzione fra i diverticoli faringo-esofagei e quelli esofagei propriamente detti, poichè mentre i primi sono stati denominati da Zenker, *diverticoli da pulsione*, perchè a suo avviso si producono tutti per pressione dall'interno, i secondi si originano quasi sempre per trazione e solo eccezionalmente per pulsione.

Ora mentre per i diverticoli da trazione che rappresentano la varietà più frequente dei diverticoli esofagei, la maggioranza degli AA. è ormai d'accordo nell'ammettere che essi sono determinati da un meccanismo di aderenze periesofagee dovute a processi flogistici vari degli organi che nel collo e nel torace si trovano a contatto dell'esofago (quasi sempre gangli linfatici suppurati) al contrario molto discussa — almeno in passato — è stata la patogenesi del diverticolo di Zenker. Il dibattito si svolgeva sul quesito se si trattasse di condizioni congenite od acquisite.

I diverticoli di Zenker risiedono con notevole costanza sulla parete posteriore dell'esofago, all'unione del faringe e dell'esofago, in un punto esattamente opposto alla cartilagine cricoide. Tale punto si presenta congenitamente debole, sia per mancanza di fibre muscolari longitudinali e sia perchè le fibre del m. costrittore inf. del faringe che servono a rafforzare questo tratto non giungono all'altezza del piano inferiore della cartilagine cricoide, ma decorrendo in 2 fasci che si scostano fra loro lasciano uno spazio triangolare (triangolo di Laimer) misurante circa 3 cm. di altezza, dove trova sede iniziale il diverticolo.

La maggior parte degli AA. è propensa pertanto ad ammettere la condizione acquisita del diverticolo di Zenker, secondo la quale esso si produrrebbe con un meccanismo di pulsione consistente nella spinta dei cibi durante la deglutizione, spinta che finirebbe per sfiancare la parete esofagea nel punto congenitamente più debole.

Anche considerando il fattore meccanico, come la causa vera della sacca diverticolare, non è possibile tuttavia, come è facile vedere, eliminare del tutto il difetto di resistenza della parete esofagea e pertanto val meglio ritenere che entrambi le cause (congenita l'una, acquisita l'altra) concorrano alla formazione dei diverticoli esofagei.

Zenker ha anche richiamato l'attenzione sul fatto che degli aumenti di pressione durante la deglutizione, in conseguenza di stretture congenite od acquisite possono far inarcare verso l'esterno i tratti siti sopra la stenosi e, secondo Kilian, una causa predisponente perchè aumentante la pressione, può essere rappresentata talvolta da uno spasmo della bocca esofagea.

Al fine di eliminare il fattore congenito, Krause ha affermato che anche il difetto di resistenza della parete esofagea può essere acquisito, dipendente ad es. da affezioni di origine spinale, ma all'infuori del caso di Paltauf, dove esisteva una poliomielite del tratto superiore del midollo spinale, e del caso di Bellucci, nel quale esistevano gravi lesioni a carico del sistema nervoso centrale, in tutti gli altri casi descritti non è possibile fare a meno di invocare una speciale labilità congenita della parete esofagea.

Lo sviluppo dei diverticoli faringo-esofagei è in generale assai lento, dura degli anni e di conseguenza quasi sempre riesce impossibile stabilire con precisione la data e le condizioni di comparsa; d'altra parte i fenomeni iniziali sono abitualmente così minimi che il malato non se ne accorge.

Facendo tuttavia un'anamnesi accurata, non è difficile sentir parlare di sintomi lontani, e che possono essere interpretati come prodromi della malattia, consistenti in leggere turbe disfagiche, in fenomeni di irritazione faringea, di cui i più frequenti sono: senso di grattamento in gola, espulsione di abbondante muco, secchezza del faringe, salivazione abbondante, stimolo a tossire e di conseguenza nausea e vomito.

Si comprende quindi come in tale stadio sia piuttosto facile pensare ad un catarro faringeo cronico, ad un'esofagite; ed infatti quasi

tutti questi malati passano inizialmente per le mani degli specialisti della gola, naturalmente senza alcun risultato.

I sintomi propriamente detti non appaiono che quando il sacco diverticolare ha raggiunto un certo volume, e di essi gli uni sono dovuti alla penetrazione degli alimenti nel diverticolo e alla conseguente compressione dell'esofago, gli altri provengono dalla compressione degli organi periesofagei.

Fra i primi i più importanti sono i fenomeni di compressione o di stenosi: il malato prova una sensazione d'arresto degli alimenti, che egli situa dapprima dietro il laringe, alla parte inferiore di esso, mentre successivamente, quando il diverticolo è aumentato di volume, l'ostacolo è avvertito più in basso alla parte superiore dell'esofago toracico.

Tale particolare disfagia che in principio si appalesa, ad intervalli più o meno lunghi, va facendosi in seguito sempre più frequente e da ultimo compare ad ogni pasto. I primi bocconi si fermano alla gola, provocano ivi una sensazione di pressione o simili e vengono in parte riespulsi.

Improvvisamente un boccone passa senza fermarsi e il p. può finire il pasto senza grandi difficoltà.

La particolarità della disfagia in questo stadio della malattia si spiega verosimilmente in questo modo, che col primo boccone il diverticolo si riempie e così la via dell'esofago diventa libera. Quando il diverticolo si è fatto più grosso, la disfagia si comporta in modo opposto: i primi bocconi non provocano disturbi, il diverticolo si riempie; coll'aumentare della sua replezione, per la trazione della sacca del diverticolo l'apertura esofagea viene tesa e stirata a fessura, l'esofago anche talvolta compresso.

Anche la deglutizione diventa impossibile, ogni boccone successivo viene rigurgitato.

Il malato mangia con una lentezza ed una prudenza estreme, cercando con varie manovre di vincere l'ostacolo; comprime il collo, inclina e gira la testa di qua e di là, senza tuttavia ottenere sempre il passaggio degli alimenti e quindi alla fine deve interrompere il pasto.

Per la elasticità della parete del diverticolo, le contrazioni dei muscoli del collo ed i movimenti che il malato fa, il diverticolo si svuota in principio completamente, più tardi solo in parte. Il resto ristagna, si decompone e provoca rigurgiti di cattivo odore.

Il *rigurgito* spontaneo degli alimenti è un sintomo che non manca, si può dire, mai, ma esso non si produce che in determinate posizioni del corpo: quando il malato riposa sul lato destro o sinistro, quando s'inclina in avanti, mentre non si osserva mai nel decubito dorsale.

Il rigurgito è costituito quasi sempre non dagli alimenti ingeriti nell'ultimo pasto, ma di quelli del pasto precedente, e gli alimenti rigurgitati sono avvolti da grande quantità di muco, non digeriti e non contengono tracce di HCL; spesso vi si riscontra acido lattico e zucchero provenienti dalla saccarificazione delle materie amilacee.

Fra i sintomi meno noti, ma tuttavia non eccessivamente rara, è la *ruminazione*, per cui gli alimenti rigurgitati sono ritenuti nella bocca e inghiottiti nuovamente. Alcuni malati riescono anche a fare un vero lavaggio del diverticolo, facendovi penetrare dell'acqua e poi restituendola a volontà (*toilette* del diverticolo), mentre quando il vuotamento del diverticolo non è completo e regolare, come quasi sempre accade in definitiva, gli alimenti che vi ristagnano si decompongono, e la loro fermentazione determina un fetore spiccato dell'alito, per cui i malati non possono più sedere alla tavola comune, nè, in genere, fare vita con gli altri.

In un terzo circa dei casi, il diverticolo può formare una sporgenza più o meno marcata nella reg. cervicale, sporgenza di cui il malato ne ha la sensazione maggiore dopo i pasti.

Il tumore per lo più sta ad un lato del collo, occupa la fossa sopraclaveare, di rado è bilaterale. La sua grandezza può oscillare da un uovo di colomba ad un pugno di uomo; un caso operato da Sauerbruch era lungo 10 cm. con un diametro di 3 cm.

È molle elastico e presenta questo doppio carattere importante di diminuire sotto l'influenza della pressione e di cambiare volume a seconda del grado di riempimento dopo il pasto; quando il diverticolo è vuoto, scompare completamente.

Sul tumore si ha per lo più suono ottuso, oppure, secondo il suo contenuto, ottuso timpanico.

L'ascoltazione permette di sentire un rumore di glu-glu, specie se contemporaneamente si esercita una pressione sul collo; un rumore di gorgoglìo si produce ugualmente quando il malato esprime il contenuto della sua sacca; scuotendo il malato si può sentire un rumore di *clapotage* come per lo stomaco.

Fra i sintomi dovuti alla compressione del diverticolo sugli organi vicini dell'esofago, i più frequenti sono: la dispnea, per compressione delle vie respiratorie, la congestione del viso per compressione dei vasi del collo, le nevralgie cervicali, brachiali, toraciche, interscapolari per compressione nervosa, le modificazioni della voce per compressione del ricorrente, le turbe oculo-pupillari per compressione del simpatico.

Alcune volte il rumore di gorgoglìo può comparire prima ancora che la disfagia sia accentuata costituendo allora il primo sintomo della malattia: nella statistica di Judd di 35 casi esso figura infatti 12 volte come sintomo iniziale.

Il diverticolo esofageo può sfuggire ad un solo esame radiologico, perchè può non riempirsi di bario se è già pieno di alimenti o ha un orificio molto ristretto o foggiato a valvola od il suo imbocco è orientato in modo da ostacolare l'ingresso del bario.

È consigliabile pertanto praticare sempre l'esame radiologico subito dopo il rigurgito e ripetere l'esame prima e dopo dei pasti in caso negativo.

Il bario mette in evidenza che una massa di contrasto raggiunto il limite tra faringe ed esofago riempie una sacca più o meno grande, mentre altra parte del bario passa direttamente per la via esofagea normale.

Proseguendo la somministrazione del bario, la sacca si dilata fino ad un certo punto oltre il quale si ha spesso improvviso rigurgito nella bocca o la comparsa di spasmi esofagei a monte dell'imbocco del diverticolo.

Quando la sacca è piccola si vede nettamente che proviene dalla parete posteriore, quando è grande, può raggiungere il volume di una arancia ed allora non sta più nettamente e dorsalmente all'esofago, ma si estende lateralmente spesso più a sinistra che a destra, e si estende anche ventralmente all'apertura superiore anteriore del torace. L'immagine è caratteristica non solo all'esame sagittale, ma anche all'esame laterale. In piedi si ha una ombra orizzontale a mezzaluna con livello orizzontale all'altezza del manubrio dello sterno, perchè eccezionalmente il diverticolo si riempie completamente; negli esami obliqui si riesce quasi sempre a vedere, se il diverticolo non è molto grande, il punto d'impianto dalla parete esofagea.

I caratteri radiologici tipici del diverticolo sono dunque: tasca rotondeggiante; livello orizzontale; riempimento e svuotamento marginale, carattere quest'ultimo, indicato da Holzknecht e di grande importanza perchè fa distinguere il diverticolo dalle dilatazioni esofagee da stenosi spastica o cancerigna.

Allo schermo radioscopico tuttavia, la sacca diverticolare può presentare altri importanti segni, che vanno pure ricordati perchè di grande utilità diagnostica.

Essi sono il segno di Kienböck-Kauffmann, per cui il liquido nella sacca diverticolare presenta dei movimenti di sali e scendi sincroni con i movimenti della deglutizione; il segno di Kienböck per cui il sacco si vuota lentamente verso l'esofago e corrisponde al segno clinico della ruminazione; il segno di Kuhlenkampf per cui qualche volta è caratteristico del diverticolo uno svuotamento brusco e improvviso; il segno di Blum, o del doppio sondaggio, per cui adoperando simultaneamente due sonde, una cava flessibile terminante con una piccola pera di caoutchou riempita di bismuto e l'altra compatta rigida metallica, si ha che mentre la prima si arresta nella sacca diverticolare, la seconda penetra nell'esofago e serve a dimostrare la deviazione della prima.

Il sondaggio con una semplice sonda opaca — quando riesce — permette del resto di constatare che la sonda passa all'indietro del diverticolo opacizzato; nelle dilatazioni soprastenotiche la sonda se riesce ad attraversare il tratto stenosato esce dalla parte inferiore della sacca opaca.

Riferiamo brevemente il caso capitato alla osservazione. Trattasi di uomo, A. G., di 38 anni, con anamnesi famigliare negativa. Ha sofferto i comuni esantemi infantili, in seguito ha goduto sempre buona salute, durante tutta la giovinezza. Ha prestato servizio militare regolarmente, quindi congedato ha menato sempre vita attiva e laboriosa.

Discreto fumatore, nega lues e malattie veneree A 30 anni ha sofferto di infezione tifoidea. dalla quale si rimise perfettamente, quindi il p. afferma di essere stato sempre bene fino a circa 1 anno fa, quando cominciò a notare una certa difficoltà nella deglutizione e contemporaneamente la digestione divenne difficile e prolungata. Trattandosi tuttavia di fenomeni lievi, il p. attribuì loro scarsa importanza, solo si astenne da fumare e si concesse un po' di riposo dopo i pasti.

Nonostante questo però i disturbi continuarono invariati, chè anzi qualche tempo dopo il p. cominciò ad accusare anche, specialmente dopo i pasti, disturbi respiratori, consistenti in senso di soffocazione, difficoltà di respiro, palpitazioni.

Sopratutto per questi ultimi disturbi, il p. decise allora di farsi visitare, ma gli fu detto trattarsi semplicemente di fenomeni nervosi e quindi consigliate cure adatte.

Frattanto il p. era dimagrito di peso, accusava malessere generale.

Circa due mesi fa il p. notò una piccola sporgenza del torace, a livello del manubrio sternale, che gradatamente andò poi sempre più aumentando di volume, sino a colmare quasi completamente la fossetta giugulare.

Impressionato di ciò, il p. allora si era sottoposto a varie visite mediche, le quali concordemente avevano constatato tale sporgenza toracica ed emessa l'ipotesi di un gozzo intratoracico.

Di recente tale ipotesi era stata anche confermata dopo un'indagine radioscopica, ma il p. volle sottoporsi ancora a visita medica, ricorrendo al nostro ambulatorio.

Obiettivamente il p. si presentava deperito, con pelle e colorito delle mucose pallide.

A prima vista colpisce subito la presenza di una spiccata *voussure* della regione del manubrio sternale, della grandezza di una grossa mela, indolente, di consistenza molle elastica, lievemente riducibile sotto la pressione moderata.

La percussione dà un suono ottuso timpanico, nulla si rileva all'ascoltazione. Non si notano segni di stasi venosa nella parte superiore del torace, nulla di patologico si riscontra a carico dell'apparato respiratorio e circolatorio.

Gli organi ipocondriaci sono nei limiti normali. L'esame del sistema nervoso risulta negativo.

Esclusa a priori la possibilità di un aneurisma aortico o di un tumore mediastinico, senza dubbio l'ipotesi più semplice che poteva essere fatta era quella di un gozzo intratoracico, che comprimendo la trachea determinasse i disturbi respiratori di cui il p. si lamentava.

Indagando però accuratamente nell'anamnesi del p. era facile rilevare anche la presenza di alcuni sintomi che facevano invece convergere l'attenzione sul canale esofageo, poichè egli affermava in modo netto che la difficoltà della deglutizione spesso era vinta dalla compressione leggera del collo e da alcuni movimenti con la testa, che al contrario alcuni pasti non erano accompagnati da alcun disturbo, che infine sotto lo sforzo della tosse, un paio di volte il p. aveva avuto occasione di vomitare e le sostanze emesse si riferivano sempre a cibi ingeriti il giorno precedente.

fig. 1.

fig. 2

Oltre all'ipotesi di un gozzo intratoracico, non poteva quindi mancare di essere esaminata l'eventualità di un'affezione esofagea, e più particolarmente quella di un diverticolo di Zenker.

Fu deciso perciò di sottoporre il p. ad una attenta indagine radioscopica, la quale mise in evidenza la presenza di un'ombra sovrastante il fascio vascolare all'altezza della fossetta giugulare e del manubrio sternale, ombra indistinta, senza margini netti.

In obliquo l'ombra è però alta ed appare distanziata dall'arco; in sagittale si trova nettamente all'apertura del torace e non sovrasta l'arco nè lo sposta.

Tale reperto radiologico veniva quindi a mettere senz'altro fuori causa l'idea di un gozzo intratoracico, essendo noto che in tali casi l'ombra che scende nel torace, sovrasta l'ombra aortica,

ma sposta l'arco e si continua in alto verso il collo.

Poichè tuttavia il p. aveva mangiato, fu consigliato di ritornare all'indomani a digiuno.

Somministrato allora un pasto opaco, compare subito un'ombra all'altezza del manubrio sternale, caratteristica di un diverticolo.

L'ombra è grande quanto e più di un arancio, si estende ai lati, post e anteriormente tanto che

In O A D (fig. 1) l'ombra ovalare col grande asse cranio caudale appare ben circoscritta in tutto il suo contorno e quasi isolata. Essa si estende largamente in avanti e indietro: l'esofago appare come una striscia sottile o sede eccentrica anteriormente.

In O A S (fig. 2) si possono studiare bene i conglomerati calcificati anteriormente a livello della biforcazione e sul ramo d. del bronco.

fig. 3.

non è possibile quasi riconoscere l'esofago al davanti dell'ombra in obliquo.

Su radiogrammi obliqui eseguiti a paziente disteso allo scopo di studiare meglio il decorso dell'esofago, la sacca naturalmente appare tutta piena: solo è più densa nella parte più declive, un poco aereata e meno densa in alto. La sacca è tutta distesa e non mostra netto livello.

L'esofago parte quasi dalla parte più bassa della sacca ma non centralmente ed evidentemente non si continua con il fondo. L'esofago si segue bene. Esistono delle grosse ghiandole calcificate a tipo moriforme anteriormente a livello della biforcazione.

Il radiogramma sagittale (fig. 3) eseguito a 1 m. e 10 cm. mostra la grossa ombra rotondeggiante all'altezza del giugulo. Non esiste livello perchè il p. era bocconi.

Data l'ampiezza e l'estensione della sacca, l'esofago appare compresso ed il p. a sacca distesa, ingoia con difficoltà: la sacca non si svuota mai completamente e residui di bario si osservano ancora dopo 8 giorni.

Il p., quando la sacca è distesa, ricaccia in bocca parte del liquido contenuto nella sacca.

Interrogato il p., si ha conferma della ruminazione.

Se nella fase iniziale la diagnosi di diverticolo di Zenker è difficilissima o quasi impossibile, tuttavia non si può negare che anche in periodo avanzato le difficoltà diagnostiche spesso non sono minori.

Molto spesso infatti, come abbiamo detto e come la nostra osservazione lo conferma, si tratta di segni da compressione tanto da far pensare ad un gozzo intratoracico, ad un tumore del mediastino, a impacchi ghiandolari, a disturbi nervosi, ma un'indagine anamnestica diligente potrà quasi sempre indirizzare verso la giusta diagnosi.

Ha perciò grande valore la conoscenza dell'inizio dei disturbi della deglutizione, l'aumento lento di essi, l'alternanza dei disturbi dei singoli pasti; pure importanti sono il momento del rigurgito, la quantità delle masse rigurgitate, lo spostarsi della stenosi verso il basso, il modo di comportarsi del malato nel mangiare, i movimenti del collo, ecc.

Tuttavia però anche i principali segni clinici: arresto degli alimenti, rigurgito, alito fetido, tumore cervicale possono esporre ad interpretazioni erronee, specialmente se considerati isolatamente.

Così una stenosi cancerigena dell'esofago può accompagnarsi a dolore, a pesantezza retrosternale, a formazione di un tumore cervicale molle.

L'età, il dimagramento dell'ammalato non possono servire di base alla diagnosi; il modo con cui i malati mangiano, le attitudini prese per facilitare la deglutizione, la variabilità della sede della stenosi, sono invece patognomoniche del diverticolo, in favore del quale parleranno poi la lunga durata dell'affezione, lo sviluppo lento progressivo delle turbe disfagiche.

La sola osservazione clinica ad ogni modo darà sempre, però, una diagnosi di grande probabilità, mentre la certezza assoluta si avrà solamente dopo indagine radiologica.

Nei casi tuttavia in cui il diverticolo comprime l'esofago con la sua massa, stenosandolo, anche l'interpretazione radiologica può riuscire difficile, perchè se la stenosi esofagea da compressione è a livello dell'imbocco del diverticolo o poco più sotto, si ha riempimento solo del diverticolo; se la stenosi esofagea è a livello del punto di maggior ampiezza del diverticolo si ha una doppia immagine alquanto complicata del diverticolo e di stenosi, dovuta al riempimento esofageo nel tratto soprastenotico. In tale eventualità la dissociazione delle due ombre — diverticolo ed esofago dilatato — non è sempre possibile, pure tentando tutte le incidenze per l'esame radiologico e quindi la diagnosi rimane difficile anche perchè non si riesce a mettere in evidenza lo svuotamento marginale della sacca.

Altre volte invece può presentarsi la necessità di dover differenziare una sacca diverticolare da una stenosi da cancro con dilatazione soprastante o da un cancro esofageo ulcerato formante una cavità, ma nei casi di tumori non si ha mai il sintomo di Kienböch ed oltre a ciò il bolo di bario esce dal fondo della sacca, mentre nel diverticolo esce dal livello più alto.

Del diverticolo inoltre è caratteristico il modo di riempimento, perchè generalmente compare prima il diverticolo e poi la striscia opaca esofagea, e quindi svuotato esofago o diverticolo possono persistere piccoli residui nella parte più declive della sacca diverticolare.

Infine è da tener presente la possibilità di una coesistenza di diverticolo e di cancro esofageo allo stesso livello od a livelli differenti. L'uso della sonda opaca in tali casi, secondo Holzknecht può riuscire di grande utilità perchè, sotto conveniente incidenza, può mostrare se il tragitto dell'esofago è indipendente o meno dall'ombra opaca che si tratta di diagnosticare e quindi indica i rapporti che l'esofago ha con la stessa.

Dopo quanto esposto appare evidente l'interesse del caso da noi riferito: esso, infatti, oltre a dimostrare che un'anamnesi accurata ed un buon esame obiettivo possono a volte mettere in evidenza quei segni che, per essere sfuggiti ad un primo esame clinico-radiologico incompleto, non avevano fatto porre la esatta diagnosi, fa anche ritenere in gran parte esatte le parole di Schinz, secondo cui la diagnosi di diverticolo di Zenker spesso è difficile perchè ad essa non ci si pensa.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce sopra un caso di diverticolo di Zenker e riporta dei radiogrammi dimostrativi: la diagnosi di diverticolo di Zenker se talvolta è abbastanza facile dal punto di vista radiologico è difficile dal punto di vista clinico; tuttavia come nel caso studiato dall'A. e in cui era stato sospettato clinicamente e radiologicamente un gozzo intratoracico un'anamnesi paziente, un esame clinico diligente e in secondo tempo un esame radiologico sistematico hanno permesso di arrivare senz'altro alla diagnosi.

BIBLIOGRAFIA.

ARMANI L. Giornale Clinica Medica, n. 15, 1921.
BALDONI G. Atti VI Congr. It. Radiol. Medica. Trieste, 1925.
BELLUCCI B. Archivio Radiol., n. 2, 1931.
BORDONI L. Ibid., 1925.
BUSI A. Boll. Scienze Med. Bologna, 1919.
ID. *Trattato di diagnostica radiologica.* TADDEI, 1928.
CHAOUL. *Klinische Röntgendiagnostik der Erkrankungen der Brustorgane.* Springer, Berlino, 1929.
MONTANARI. Atti VII Riunione Radiologi Emil. Bologna, 1922.
MOHR-STAEHELIN. *Trattato di Med. Interna.* Vol. III. Soc. Ed. Libr., Milano, 1921.
Nouveau Traité de Médecine (App. digestif). Volume XIII. Masson et C.ie, Paris, 1923.
PALUGYAY. Wien. Klin. Woch., n. 16, 1929.
PAROLA L. Ospedale Maggiore, n. 3, 1910.
SCHINZ. *Lehrbuch der Röntgendiagnostik*, G. Thieme, Lipsia, 1928.
STIRLING-CHAOUL. *Klinische Röntgendiagnostik des Verdauungs Kanals.* Springer, Berlino, 1928.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALI UNITI DI ORTE.

Un caso di frattura dell'osso parietale destro con paralisi dell'avambraccio sinistro seguito da guarigione

per il dott. F. G. TROGU, chirurgo direttore.

Infiniti sono in letteratura i casi di frattura della calotta cranica con concomitanti paralisi, che non varrebbe la pena aggiungere altri se non per la casistica.

Riferisco subito la storia clinica:

Nelle vicinanze di Orte mentre l'operaio Ottavi Michele di Nazzareno, nato nel paese di Giove, di anni 17, riprendeva la mattina del 3 ottobre 1930 l'usato lavoro sotto l'impalcatura issata su un ponte ferroviario in riparazione, fu colpito sulla testa da una grossa mazza del peso di 10 kg., sfuggita dalle mani di un altro operaio che trovavasi sulla impalcatura medesima all'altezza di circa 5 metri.

L'Ottavi cadde al suolo rovescio, ma in breve si riebbe grondante sangue per una ferita lacero-contusa del cuoio capelluto sulla regione parietale destra complicata da frattura ossea. Si riebbe dal poderoso colpo, ma con la mano, avambraccio sinistro paralizzati. Anche il braccio sinistro sentiva minorato in potenzialità.

Venne accompagnato in Ospedale verso le ore 9 dello stesso giorno ed introdotto coi propri mezzi di locomozione in ambulatorio.

Gli riscontrai: ferita diretta obliquamente dall'alto in basso e a margini dentellati, della lunghezza di centimetri otto. La calotta cranica in questa regione si presentava ampiamente avvallata; la mano, l'avambraccio sinistro colpiti da paralisi, la tonalità muscolare del braccio sinistro affievolita al punto che il P. non riusciva a sollevare in toto il braccio tenendo penzoloni mano ed avambraccio come si rileva dalla unita fotografia che presi prima dell'atto operativo.

Disinfettata e rasa tutta la regione parietale destra e slabbrata la ferita delle parti molli, notai che la zona ossea sottostante oltre l'avvallamento era fratturata a raggiera presentante nel punto centrale frattura comminuta le cui scheggie ossee si erano conficcate sulla massa cerebrale. Disinfettai accuratamente la ferita e dovetti soprassedere sul pronto intervento, mancandomi il consenso della famiglia e dello stesso ferito, il quale non essendo molto sofferente non volle persuadersi della necessità del pronto atto operativo. Il giorno dopo la ferita secernava liquame torbido già infetto per cui dovetti intervenire, dopo persuasi i parenti, solo il 20-X-1930, quando cioè potei essere sicuro di un intervento in campo asettico.

FIG. 1.

Atto operativo. — Narcosi eterea eseguita dal dott. De Angelis. Mi aiutò il dott. Cavaliero.

Partendo dalla ferita preesistente tracciai un lembo a cornamusa e ciò per non ingrandire il lembo a base parietale. Feci precedere l'incisione da una sutura a catena con seta forte sul margine esterno di essa. Preparato il lembo delle parti molli, riuscendomi impossibile il sollevamento della zona ossea avvallata e frastagliata per l'accavallamento di più punti di essa, che si estendeva più di una moneta di 20 lire attuali, procedetti alla resezione del lembo osseo superiore onde potere, con l'aiuto di leve a distanza, sollevare il lembo di esso che maggiormente minacciava la massa cerebrale. Molte scheggie ossee riuscii ad asportare direttamente, scheggie quasi tutte del tavolato interno.

Risollevati i lembi ossei con i soliti accorgimenti dovetti provvedere a ricoprire il *deficit* osseo, non inferiore ad una moneta di due lire attuali. A ciò non riuscii colle scheggie estratte e lavate per cui dovetti ricorrere, per mancanza di materiale, alla plastica ossea alla Righetti.

Ripulito il campo operatorio ribattei il lembo delle parti molli che suturai a punti staccati, dopo avere allontanato la sutura emostatica. Lasciai in sito due opposti drenaggi di *catgut*.

In meno di quindici giorni la ferita rimarginò e in ventesima giornata era del tutto cicatrizzata.

Il primo novembre il P. cominciò ad estendere le dita della mano, estensione che durava per alcuni minuti per cedere dopo all'azione dei flessori.

Nei giorni successivi assistetti al risveglio progressivo della funzionalità della mano, avembraccio e braccio sinistro.

Permase fino a metà novembre senso di stanchezza a tutto l'arto superiore sinistro per ogni movimento volontario.

FIG. 2.

Il P. poteva tenere orizzontalmente mano, avambraccio e braccio teso solo per pochi minuti. Questo senso di stanchezza veniva progressivamente a migliorare dalla mano all'avambraccio, il che controllai sempre col dinamometro e con le strette di mano prolungate che il paziente era capace di fare.

Il giorno ventisei novembre 1930 il P. volle uscire dall'Ospedale.

Lo rividi dopo venti giorni e constatai; cicatrice del cuoio capelluto perfetta; movimento di tutto l'arto superiore sinistro normale. Il P. poteva tenere in posizione orizzontale l'arto superiore sinistro parallelo al destro senza segno di stanchezza. Stringeva bene il pugno con una certa potenzialità di poco inferiore a quella del pugno destro.

La fotografia presa in questa epoca e qui annessa ne è la riprova.

Rividi il P. dopo due mesi e mezzo dell'atto operativo e nulla trovai di variato, solo egli mi assicurò che non era capace di restare col capo chino per molto tempo, posizione che gli procurava vertigini.

Le deduzioni del caso potrebbero urtare contro coloro che sostengono l'intervento immediato, che non sempre è facile quando si devono superare tante difficoltà, create dai parenti e dagli stessi pazienti che rifiutano recisamente il consiglio salutare del Chirurgo.

Nel caso da me riferito il compito poteva essere facilitato in quanto visitai il paziente un'ora dopo il sinistro e quindi ancora in tempo per poter detergere e disinfettare il campo operatorio in modo tale da mettermi al sicuro per l'intervento immediato. Quando questi sinistrati sono sotto assicurazione di lavoro e riconoscono che la lesione riportata, se rende minorato un proprio organo, non pregiudica, a loro giudizio, la propria esistenza sono molto diffidenti prima di lasciarsi sottoporre ad un atto operativo che a priori dovrebbe loro garantire l'esito felice non solo per la vita, ma per il ripristino completo della funzione perduta. Non so se ci siano Chirurghi che possano garantire a ragion veduta l'esito felice anche quando si ha la coscienza di saper ben fare. Un esito non rispondente al promesso potrebbe dare non poche noie. Gl'interventi in ispecie sulla calotta cranica e massa cerebrale possono sempre riservarci delle incognite sgradevoli anche quando meglio abbiamo in essi fidato.

Le considerazioni esposte giustificano perchè dovetti astenermi dal pronto intervento, rimandato solo al momento di quasi certezza che esso avrebbe giovato e guarito il paziente.

Sorvolando sulla tecnica da me usata che nulla ha di nuovo e di rimarchevole, solo potrebbe esser preso in considerazione il fatto della tempestività dello intervento. L'intervento dovrebbe essere sempre precoce, ma anche in ritardo si possono avere dei risultati ottimi.

Altro rilievo da farsi nel caso descritto è la qualità della lesione dei centri corticali motori dell'arto superiore sinistro non in modo uniforme, totale, ma a zone, come si desume dalla sintomatologia presentata dal P.

Il forte trauma dell'osso parietale destro proiettò numerose scheggie ossee che si conficcarono disordinatamente sul centro corticale motorio dell'arto superiore sinistro senza che il centro stesso per azione di contiguità perdesse anche temporaneamente in toto la sua funzione.

Si può dire che ogni punto colpito reagì isolatamente senza connessione globale nel nucleo motore corticale. E ciò è tanto vero in quanto risultavano colpiti da paralisi e paresi varie branche del plesso brachiale, ma non tutte con la stessa intensità, il che vuole dire che l'avvallamento rimarchevole dell'osso parietale de-

stro non lese in modo grave il centro corticale dell'arto superiore sinistro, ma furono solo le scheggie ossee del tavolato interno che colpirono in modo temporaneo qua e là nuclei nervosi dello stesso centro. Emorragia compressiva non deve esservi stata perchè allora anzi che a nuclei la zona corticale motoria sarebbe stata colpita in toto con la conseguente paralisi totale dell'arto superiore sinistro, il che non si avverò. Se focolai emorragici confluenti vi fossero stati avremmo avuto non solo la lesione totale del centro motore dell'arto superiore sinistro, ma avremmo assistito a delle manifestazioni patologiche nei centri viciniori per ragioni di contiguità.

Resta quindi ancora dimostrato col presente caso che si possono avere disturbi motori isolati per lesioni disseminate su un determinato nucleo motore corticale, anche in modo temporaneo, senza che tutto il nucleo stesso resti colpito non solo, ma danneggi i nuclei viciniori.

In ultimo il caso descritto è istruttivo per dimostrare come talvolta grossi traumi circoscritti sulla zona corticale motoria con conclamate paralisi, di poco possano turbare la psiche e gli altri centri motori.

Io riferisco su questo caso non per portare materiale nuovo alle fratture craniche, ma solo per contribuire alla casistica, che si alimenta dei casi descritti e dei suoi particolari.

RIASSUNTO.

L'A., illustrando un caso di frattura comminuta dell'osso parietale destro con paralisi parziale dell'arto superiore sinistro, intese contribuire casisticamente alle lesioni corticali cerebrali di un determinato centro motorio e allo stesso tempo dimostrare come le fratture della calotta cranica anche gravi non deprimono sempre la psiche, ma permettono anche in ritardo, non concesso dalla logica, ad avere risultati insperati con intervento operatorio.

SUNTI E RASSEGNE.

ALLERGIA.

Le ipersensibilità di origine alimentare.

(PASTEUR VALLERY-RADOT, M. P. BERNASSY, A. LANGERON, A. TZANCK, C. FLAUDIN, C. HOULBERT. *Nutrition*, tome I, n. 2, 1931).

Per ipersensibilità si intende l'attitudine alle reazioni parossistiche sotto l'azione di cause patogene, endogene o esogene.

L'esempio più tipico è dato dallo choc anafilattico risultante dalle reiniezioni seriche nell'uomo. Un organismo indifferente alla prima iniezione diviene ipersensibile alla seconda, per un meccanismo ancora ignorato nella sua essenza. Tali sono le condizioni ben note dell'anafilassi clinica e sperimentale, che consiste essenzialmente nell'acquisizione di questa ipersensibilità.

Ma, a lato di questa ipersensibilità acquisita, esistono dei fatti, nei quali, alla prima iniezione l'organismo reagisce parossisticamente; per designare questi fatti si parla di idiosincrasia. Questo termine si è ora ristretto: mentre fino ad una trentina di anni or sono tutte le ipersensibilità erano note sotto il nome di idiosincrasia, oggi non si chiama più idiosincrasia che un fenomeno di ipersensibilità che sopravviene sin dal primo contatto dell'organismo con una sostanza non tossica.

È giusto stabilire questa distinzione fra anafilassi e idiosincrasia? È noto che la sensibilizzazione nell'uomo è raramente unica e che essa non è sempre rigorosamente specifica.

Si può dunque pensare che gli idiosincrasici siano stati sensibilizzati per una sostanza vicina a quella che provoca i disturbi di ipersensibilità, come è possibile che degli anticorpi siano penetrati nell'organismo durante la vita fetale per via sanguigna o nel corso dell'allattamento.

È dunque preferibile non discriminare anafilassi da idiosincrasia e considerare le ipersensibilità, primitive o secondarie, come i due aspetti, non sempre facili a discriminare, di uno stesso fenomeno, talora dipendente da una causa conosciuta che ha profondamente modificato l'organismo al punto da fargli acquisire questa nuova proprietà, talora apparente come un carattere primitivo e spontaneo.

I fenomeni di ipersensibilità sembrarono in primo tempo legati alla penetrazione parenterale degli anticorpi nocivi, e fu solo dopo un certo tempo che si arrivò ad ammettere la possibilità di questa penetrazione per la via digestiva. Attualmente questa via si presenta come una delle più frequenti e delle più importanti in clinica. Per ipersensibilità digesti-

va non si deve intendere però il complesso dei sintomi digestivi legati alla ipersensibilità, ma il complesso dei sintomi di ipersensibilità, siano o no di ordine digestivo, che si producono in seguito ad una aggressione realizzata per la via digestiva.

Fenomeni di sensibilizzazione di origine digestiva. — Sia il tubo digestivo, sia gli organi a distanza reagiscono alla ingestione di alimenti o di medicamenti ai quali il soggetto è sensibilizzato. Le reazioni più frequenti sono quelle a distanza, reazioni cutanee, respiratorie o nervose. Fra le reazioni cutanee sono da considerare l'urticaria, di cui l'origine digestiva nel più dei casi è da lungo tempo nota, la malattia di Quincke, gli eczemi, i pruriti, i prurigo, in qualche caso la porpora. Fra le sindromi respiratorie sono da considerare l'asma e la corizza spasmodica. L'asma di origine alimentare si manifesta sotto due aspetti secondo che la sensibilità si manifesti per una sostanza ben determinata e di uso relativamente raro oppure per sostanze multiple e di uso abituale. Nel primo caso è relativamente facile con l'interrogatorio mettere in evidenza il legame fra l'assorbimento di un alimento determinato e la comparsa di una crisi di asma, ciò che non avviene nel secondo caso. Generalmente l'asma di origine digestiva fa parte di tutto un quadro di reazioni generali che possono comportare dell'urticaria, dei segni gastro-intestinali e talora dei segni generali di grande anafilassi. Fra le reazioni nervose sono da ricordare le emicranie.

Le reazioni che si producono a livello del tubo gastro-intestinale sono, innanzi tutto. delle reazioni congestive e delle reazioni spasmodiche. Le reazioni congestive vanno dall'iperemia all'edema e possono provocare perfino una vera occlusione intestinale. Gli spasmi sono più frequenti delle reazioni congestive e si producono sopratutto nelle regioni provviste di muscolatura potente, come il piloro, lo sfintere rettale.

Questi disturbi talora si producono isolatamente ed allora la loro diagnosi è molto difficile. Ma più spesso essi si raggruppano in sindromi che, per l'associazione di vari elementi, rendono più facile la diagnosi.

Diagnosi. — In certi casi è semplice e l'alimento in causa viene facilmente identificato. Ma nella maggior parte dei casi solo le prove dietetiche e cutanee rendono possibile la diagnosi.

La prova cutanea è la più pratica e sufficientemente fedele per un gran numero di casi. Essa consiste nel mettere in presenza antigene ed anticorpo a livello del rivestimento cutaneo. Più usata è la cutireazione, meno lo è la intradermoreazione. In America le cutireazioni sono praticate in serie con la maggior parte delle proteine che possono entrare nell'alimentazione. Qualche autore ha proposto di semplificare questa tecnica ricorrendo ad antigeni polivalenti, cioè contenenti dei miscugli di estratti di differenti proteine. Quando si ottiene una reazione con uno di questi miscugli, si fanno in seguito delle cutireazioni con ciascuno degli elementi di questo miscuglio.

Due cause principali di errore vengono a turbare i risultati delle reazioni cutanee. Il soggetto può essere ipersensibile ad una data sostanza e la cutireazione può risultare negativa.

È questo un fatto assai frequente nell'ipersensibilità alimentare. Esso si spiega sia con il fatto che il soggetto abbia una ipersensibilità verso un prodotto derivato dalla proteina, sia che egli abbia degli anticorpi localizzati nella mucosa digestiva. Il soggetto d'altra parte può presentare una cutireazione positiva per un prodotto che assorbe senza risentirne alcun danno. Ciò si comprende quando si pensa che i fenomeni clinici dell'ipersensibilità sono il risultato di un perturbamento vago-simpatico prodotto dal conflitto antigene-anticorpo in un organismo ad equilibrio colloidale instabile. Quando un anello di questa catena viene a mancare non si produrrà alcun fenomeno clinico.

La cutireazione ha dunque bisogno della sanzione terapeutica.

La prova dietetica costituisce il solo criterio assoluto dell'ipersensibilità. Soppresso un alimento determinato, i disturbi scompaiono; riintrodotto nel regime, riappaiono. Praticamente però i difetti di questo metodo sono numerosi. Intanto essa non porta sempre al risultato cercato. La soppressione totale di un alimento nocivo non porta sempre alla scomparsa completa dei sintomi clinici, ma solamente al miglioramento se il grado d'impregnazione è molto grande. Se vi è una polisensibilità il metodo potrà non dare alcun risultato. Inoltre è una prova molto lunga e molto difficile a fare accettare al malato.

Patogenesi. — Perchè si abbiano i fenomeni clinici da ipersensibilità, occorre un conflitto antigene-anticorpo. Il conflitto può effettuarsi senza penetrazione della proteina negli umori, nel punto stesso in cui la proteina entra in contatto con l'organismo, cioè a livello della mucosa intestinale. Più spesso il conflitto antigene-anticorpo si effettua lontano dalla mucosa intestinale, negli umori dell'organismo. Occorre allora la penetrazione nel sangue della proteina insufficientemente disintegrata, poichè una proteina che ha subito le modificazioni abituali della molecola albuminoidea non funziona da antigene. L'aggressione deve dunque superare le barriere che la natura ha posto fra il mezzo digestivo esterno ed il sistema simpatico interno ed arrivare più che sia possibile « in natura » a livello di questo sistema. Queste barrriere so-

no rappresentate dai diversi succhi digestivi, dalla parete intestinale e dalla ghiandola epatica di cui la funzione pessica è ben nota per le diverse sostanze; infine le diverse secrezioni interne che modificano ancora gli elementi in circolazione nel mezzo interiore. Nei bambini, più ancora che negli adulti, il fegato ha un'importanza essenziale per il lavoro dell'apparecchio digestivo, ed i fenomeni di intolleranza alimentare sono in gran parte imputabili al cattivo funzionamento della cellula epatica.

Trattamento. — Durante l'accesso acuto un solo rimedio è veramente efficace, l'adrenalina. Accessoriamente si potrà provvedere ad evacuare con un lavaggio dello stomaco le proteine ingerite. Si cercherà poi di prevenire il ritorno degli accessi. In questo campo un gran numero di metodi sono stati preconizzati. È semplice astenersi dall'alimento in causa. Ciò è facile quando si tratta di un alimento raramente assorbito, ma molto più difficile quando si tratta di un alimento fondamentale che entra nella composizione della maggior parte dei pasti. Si proveranno allora i vari metodi che si propongono di far tollerare l'antigene in causa. Si potrà dare, un'ora prima del pasto nocivo, una quantità infinitesimale dell'alimento nocivo (metodo di Pagniez e Pasteur Vallery-Radot) oppure gr. 0,50 di peptone (peptonoterapia preprandiale). È preferibile che il peptone sia polivalente (peptone di carne associato a peptone di pesce e ad estratti di uova e di latte). È possibile che la peptonoterapia preprandiale agisca producendo uno choc attenuato, che lascia l'organismo incapace di reagire durante alcune ore con un altro choc. È possibile anche che agisca modificando l'azione dei fermenti digestivi.

Se si vuole ottenere uno stato refrattario durevole, bisogna impiegare i metodi che mirano alla desensibilizzazione. Essi consistono nella somministrazione delle proteine in causa per via buccale a dosi progressivamente crescenti, cominciando con dosi infinitesimali ed aumentandole molto lentamente. In luogo della desensibilizzazione per via digestiva si utilizza talora la desensibilizzazione per cutireazioni ripetute, ma nella anafilassi digestiva è preferibile adoperare la desensibilizzazione per via digestiva.

Questi metodi, detti di desensibilizzazione, nella maggior parte dei casi non fanno che accostumare l'anticorpo al contatto con l'antigene, di modo che i rapporti antigene-anticorpo finiscono per effettuarsi senza che ne segua una reazione generale dell'organismo. Ciò è provato sia dal fatto che la cutireazione nel più dei casi resta positiva sia dalla circostanza che lo stato di sensibilizzazione può riapparire dopo qualche mese. Esso non era dunque scomparso, era soltanto mascherato.

Oltre questi metodi, si possono utilizzarne altri, che sono impiegati in altre ipersensibilità. Essi agiscono in modo non specifico. Così si potranno praticare le iniezioni sottocutanee di peptone al 5 %, le iniezioni intradermiche di peptone al 50 %, le iniezioni endovenose di iposolfito di sodio o di cloruro di calcio, l'autoemoterapia, l'autosieroterapia, ecc. Queste sostanze, provocando degli chocs ripetuti, finiscono per abituare l'organismo agli chocs.

Non bisogna dimenticare l'importanza del fegato e dei fermenti digestivi. Le medicazioni epatiche, l'assorbimento di pepsina e di pancreatina potranno essere utili adiuvanti. Si potrà anche tentare di agire sull'equilibrio vago-simpatico con l'adrenalina, l'efedrina, il cloridrato di pilocarpina, la belladonna, l'atropina, il gardenale. Recentemente sono state proposte le iniezioni intramuscolari di estratto splenico di maiale molto concentrato. Se esiste una spina irritativa a livello del tubo digestivo (per esempio una colite), bisognerà agire su di essa. C. TOSCANO.

Cura anti-allergica nell'asma, nell'eczema e nella febbre del fieno.

(SCHREUS e WILMS. *Münch. Med. Woch.*, n. 20, 1931).

Gli AA. hanno eseguito sistematicamente, su materiale umano, ricerche intorno all'azione antiallergizzante dei raggi X.

Sono stati esaminati malati con febbre del fieno, asmatici ed eczematosi: i risultati sono stati dei più brillanti, il che è particolarmente degno di nota nella febbre del fieno, in cui le osservazioni sono sinora assai scarse.

Iniziando poi una ricerca, che si propongono di estendere, sulla intensità delle cutireazioni agli allergeni, sotto l'azione dei raggi, hanno osservato una netta diminuzione di questa: le reazioni possono anche scomparire del tutto.

Lo studio di questi fenomeni in rapporto con la dose e il grado del filtraggio non è stato ancora applicato.

A differenza di altri AA., che parlavano di un'azione inibitrice dei raggi, Schreus e Wilms ritengono che si tratti di una vera e propria desensibilizzazione.

Il ritorno, che sempre si verifica, alla antica sensibilizzazione va spiegato con l'azione che i tessuti circostanti, non irradiati e non desensibilizzati, esercitano sul tratto limitato di cute che fu sottoposto all'azione dei raggi, onde sembra consigliabile di attuare, invece della radioterapia localizzata, una irradiazione diffusa.

Ulteriori ricerche sono in corso.

V. SERRA.

La terapia splenica nelle malattie allergiche.

(M. Dalla Palma. *Min. Med.*, n. 10 marzo 1931).

Recenti ricerche cliniche e sperimentali hanno potuto mettere in evidenza i rapporti che corrono tra milza ed eosinofilia da un lato e tra milza e stati anafilattici dall'altro.

Le recenti ricerche avevano fatto notare come in seguito alla splenectomia si stabilisca una netta emoeosinofilia; passando per analogia alle applicazioni cliniche, alcuni AA. avevano usato estratti splenici per gli stati anafilattici e per quelle malattie allergiche che si accompagnano ad emoeosinofilia, con risultati abbastanza confortanti.

L'A. ha voluto applicare tale terapia nelle dermatosi eosinofile (eczema, orticaria, prurito) e in casi di asma bronchiale, usando sia gli estratti del commercio, sia quelli usati dagli AA. che ne riferirono, sia un estratto preparato da lui stesso, sia infine con somministrazione di milza per via orale.

Con tale terapia furono trattati 13 casi di asma bronchiale e casi con diverse forme di dermatosi eosinofile.

Dal complesso del trattamento si può concludere che la terapia splenica è quasi negativa nei casi di asma bronchiale; qualche miglioramento che si ha allorchè alle iniezioni succede una reazione febbrile, non dev'essere considerato come dipendente dall'uso dell'estratto splenico.

Uguale risultato negativo si è avuto nelle dermatosi: orticaria, prurito; invece la terapia splenica sembra giovare in casi di eczema cronico, ribelle alle diverse medicazioni.

L. Carusi.

REUMATISMI.

Stato attuale della classificazione, anatomia patologica ed etiologia del reumatismo articolare cronico.

(J. L. Miller. *The Americ Journ. of the Med. Sciences*, agosto 1931).

Al recente Congresso di Liegi fu stabilito, per *la classificazione*, di adottare due denominazioni per indicare i due tipi che sono probabilmente diversi per etiologia e precisamente: artrite reumatoide (periartrite infettiva) e osteoartrite. Sinonimi usati per l'artrite reumatoide sono artrite atrofica, artrite infettiva cronica e artrite deformante. Sinonimo dell'osteoartrite è l'artrite ipertrofica. Nichols e Richardson parlano di artrite proliferativa (corrispondente alla reumatoide) e di artrite degenerativa (corrispondente all'osteoartrite). Ci sono poi le forme miste.

Anatomia patologica dell'artrite reumatoide: nello stadio iniziale c'è proliferazione rotondocellulare che inizia all'unione della sinoviale colla cartilagine articolare e che si diffonde alla superficie articolare fino ad occupare tutta la cartilagine che viene ad essere coperta da una membrana vascolare somigliante al tessuto di granulazione. Questa membrana è sostituita da connettivo e poi da tessuto fibroso. L'infiltrazione rotondocellulare si estende anche ai tessuti periarticolari. Contemporaneamente alle modificazioni della sinoviale c'è una infiltrazione dei villi. I capi articolari mostrano un aumento di densità. A volte si hanno aree di cartilagine distrutte prima che si formi nuovo tessuto fibroso, per cui si possono avere anchilosi ossee. Però l'anchilosi fibrosa è più frequente ed è evitabile coi movimenti precoci. C'è atrofia ossea secondaria. Secondo Fisher non c'è differenza essenziale tra queste alterazioni e quelle dell'artrite gonococcica.

L'anatomia patologica dell'osteoartrite mostra alterazioni degenerative, non infiammatorie. La lesione iniziale è una fibrillazione della cartilagine, la quale si presenta striata. Nelle strie si sviluppa tessuto fibroso. Le alterazioni si osservano al centro dell'articolazione. La cartilagine periferica può rimanere integra per anni, poi diventa iperplasica. L'osso sottostante alla cartilagine aumenta di densità. C'è anche proliferazione dei villi. Non si ha anchilosi nè ossea nè fibrosa.

L'etiologia dell'artrite reumatoide è infettiva. Secondo Rosenow l'agente patogeno è lo streptococco non emolitico. Altri hanno trovato lo streptococco emolitico, quello non emolitico o l'associazione dei due nelle linfoglandole regionali, altri lo streptococco viridans, lo stafilococco.

Secondo Rowntree l'ischemia degli arti è un fattore patogenetico importante.

L'etiologia dell'osteoartrite non è infettiva. Secondo alcuni hanno importanza i traumi e i fattori meccanici in genere. Altri ritengono che le infezioni possano avere importanza, contrariamente all'opinione dei più. È probabile che un osso leso da un'infezione reagisca a questa come al trauma (così, per esempio, si hanno osteofiti da spondilite tifica).

Ci sono poi *forme miste di artrite reumatoide e di osteoartrite;* probabilmente però c'è indipendenza etiologica dei due tipi anche nello stesso malato.

R. Lusena.

Orientamenti terapeutici nel reumatismo cronico. Le artriti.

(F. Coste, J. Forestier e J. Lacapère. *Presse Méd.*, 2 maggio 1931).

Quando un medico, avendo esaminato un malato di reumatismo cronico, vuole arrivare ad una conclusione terapeutica, si trova spes-

so molto imbarazzato. A lui si offrono metodi diversi; si può dire che tutto è stato tentato contro le forme talora sì tenaci e scoraggianti del reumatismo cronico.

Poichè la terapia si basa inevitabilmente su nozioni patogenetiche, gli AA. distinguono, fra le affezioni articolari croniche, la gotta dal reumatismo cronico e dividono l'insieme così vasto e confuso dei reumatismi cronici in due gruppi: quello delle artriti, che sono di natura infiammatoria, e quello delle artrosi, processi di usura, di senescenza, legati a fattori distrofici generali e sopratutto a fattori locali, meccanici, statici.

Occupandosi del trattamento delle artriti, gli AA. mettono in evidenza che è essenziale riconoscere se l'affezione è in periodo di attività o di remissione.

Durante la fase di attività, abitualmente si tratta di una infezione articolare attenuata ed il primo dovere del medico è di determinare, se possibile, questa infezione di combatterla.

Il più spesso questo trattamento non può essere che generale e si confonde con quello del reumatismo (sifilide, gonococcia, tubercolosi, reumatismo articolare acuto). Ma talora si tratta di infezione focale che reclama un trattamento attivo a carico sia dei denti, che delle gengive, delle amigdale, ecc.

La terapia generale delle artriti impone due indicazioni: 1° sostenere lo stato generale; 2° lottare contro l'infezione o, più generalmente, contro la o le sensibilizzazioni articolari che alimentano l'infiammazione.

Il regime alimentare deve essere sostanzioso e vario. Non bisogna preoccuparsi di escludere gli alimenti ricchi in purine e gli alimenti acidi. Per combattere l'infezione abbiamo a disposizione due mezzi, la vaccinazione e la chemioterapia.

La vaccinazione specifica può essere realizzata quando il germe causale è identificato. Nel reumatismo tubercolare l'iniezione di estratti bacillari può dare dei risultati. Nel reumatismo gonococcico gli stock- o gli autovaccini procurano un beneficio in generale proporzionale all'intensità della reazione che essi producono. Questa è particolarmente viva quando sono introdotti direttamente nel focolaio d'infezione. Anche la proteinoterapia banale può influire favorevolmente sul reumatismo gonococcico (iniezioni sottocutanee di latte, di caseina o di peptone per esempio). Per le altre artriti, gli AA. pensano che fra i procedimenti proteinoterapici buoni risultati dà particolarmente la cutivaccinazione di Pondorf, per mezzo di miscugli di tubercolina, di estratti di bacilli di Koch e di autolisati di altri germi. Praticamente inoffensiva, a condizione che sia usata prudentemente ed in soggetti indenni da tubercolosi polmonare attuale o anteriore, essa provoca delle reazioni generali e focali (articolari), talora vivaci, cui segue, in una proporzione apprezzabile di casi, un miglioramento spiccato che può andare fino alla vera guarigione.

Quanto alla chemioterapia, alcune etiologie esigono un trattamento medicamentoso specifico. Negli altri casi trovano il loro impiego i medicamenti antiinfettivi classici (metalli colloidali, urotropina, salolo, arsenobenzoli, sulfarsenol, triplaflavina, gonacrina. Il loro impiego va tentato, per quanto sovente non dia risultati apprezzabili.

È sembrato agli AA. che lo jodio, gli joduri, i peptoni jodati ed infine le combinazioni di jodio e sostanze grasse non sono capaci di migliorare le artriti. Per contro, in combinazione con l'urotropina, è possibile vedere lo jodio agire molto efficacemente in certe artriti.

Altro medicamento classico del reumatismo è lo zolfo. Gli AA. credono che lo zolfo non presenti grande interesse nella terapia delle artriti, a meno che, presentato sotto certe forme, lo zolfo non serva a provocare degli chocs a desensibilizzare l'organismo.

Nessuno dei medicamenti enumerati merita a colpo sicuro di essere considerato come il trattamento di scelta nelle artriti, ma ciascuno di essi può riuscire in certi casi. La chemioterapia possiede un'altra risorsa: la crisoterapia, sotto forma di iniezioni di allocrisina eseguite per un tempo sufficiente, per serie relativamente ravvicinate e a dosi deboli per evitare i rischi dovuti alla tossicità del prodotto. La crisoterapia migliora più particolarmente i reumatismi di origine tubercolare; la sua azione può estendersi però a tutte le artriti.

Flogoterapia e chemioterapia formano la base del trattamento medico delle artriti. Ma vi sono artriti in cui la localizzazione simmetrica e sistematica, i disturbi vasomotori e trofici hanno fatto supporre l'intervento di fattori simpatici, endocrini, essi stessi sotto la dipendenza di cause infiammatorie o infettive. Quale importanza bisogna dunque riservare all'opoterapia nel trattamento delle artriti? Secondo gli AA. i casi in cui l'artrite evolve su di un terreno endocrino patologico nettamente caratterizzato formano una piccola minoranza. Tuttavia, se l'esame clinico e biologico del malato permette di concludere per l'esistenza di un disturbo ghiandolare o di una sensibilità delle lesioni articolari a certe influenze endocrine, è indicata l'opoterapia corrispondente, ma a condizione di non vedere in essa che un trattamento adiuvante. I trattamenti endocrini possono essere d'altra parte indicati per un'altra ragione: certi estratti ghiandolari possiedono delle proprietà farmacodinamiche potenti e preziose contro stati

patologici che non hanno niente di endocrino.

Nel reumatismo cronico due estratti appaiono talora attivi: l'estratto tiroideo e l'estratto paratiroideo. In complesso però il valore dell'opoterapia è nelle artriti limitato.

Quanto al trattamento locale, volto a modificare la sinoviale malata, saranno indicati la flogoterapia *in situ* (vaccini, proteine, peptoni), la chemioterapia (lipiodol, allocrisina), l'immobilizzazione, il massaggio, in casi gravi l'intervento chirurgico.

Circa la fisioterapia, gli AA. pensano che possono essere utili quegli agenti fisici che esercitano un effetto sedativo o che sono suscettibili di creare un choc locale per lisi di elementi cellulari. Alla prima indicazione risponde il calore sotto tutte le forme, alla seconda i raggi X, di cui i buoni risultati in certe artriti (gonococciche per esempio) sono innegabili. La crenoterapia è indicata solo quando la temperatura è ritornata normale. In ogni caso si sceglieranno le acque termali sedative, le cloruro-sodiche, le oligometalliche. Nelle stazioni sulfuree occorre maggiore prudenza e l'uso di pratiche termali delicate.

Passando a considerare la terapia nelle fase di remissione, bisogna anzitutto distinguere la remissione puramente clinica dalla remissione durevole e completa. Nel primo caso l'artrite è ancora in periodo evolutivo e le reazioni biologiche sono nettamente patologiche, solo i segni clinici si attenuano; nessuna delle medicazioni generali deve essere interrotta.

Solo saranno maggiormente indicate le cure fisiche e crenoterapiche.

Quando invece la remissione è durevole e completa, si tralascerà con prudenza il trattamento medico e si metterà in opera tutto il corteo, questa volta completo, dei mezzi fisici e meccanici, con i quali si cercherà di migliorare la qualità della guarigione.

C. TOSCANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

A. GOLDSCHEIDER. *Therapie innerer Krankheiten.* II edizione. Un vol. in-8° rilegato di 439 pag. J. Springer, Berlin, 1931. Prezzo R.M. 28,80.

Al primo sguardo, questo libro vi avvince subito per la bella trattazione della terapia generale, che si estende per circa 80 pagine. È una parte generalmente trascurata nei consueti trattati e formulari e che ha pure una grande importanza perchè fornisce le direttive generali di un'efficace terapia. I capitoli sui processi della malattia e della guarigione, sul trattamento dei casi disperati, sulla terapia della febbre, del dolore, dell'insonnia, dell'inappetenza, la terapia fisica, ecc. si leggono avidamente e con grande interessamento.

E le direttive di praticità che scaturiscono in questa prima parte continuano in quella dedicata alla terapia speciale, dove l'A. si occupa delle malattie dei singoli apparecchi e sistemi, con sobrii accenni alla diagnosi ed indicazioni precise e pratiche per la cura con, qua e là, delle ricette.

In due anni, il libro è arrivato alla seconda edizione, il che dimostra con quanto favore è stato accolto. *fil.*

P. RIBIERRE - E. PICHON. *Manuel de pathologie rénale.* Un vol. in-8° di 710 pag., con 14 fig. G. Doin, Paris. Prezzo fr. 90.

Tutta la complessa patologia renale, quella medica come la chirurgica, è trattata in questo magistrale volume.

Precedono due capitoli introduttivi di storia e critica della patologia renale e di descrizione dell'istologia e fisiologia del rene. Viene poi esaminata la semeiologia delle affezioni renali: gli edemi, la eliminazione dell'acqua, la ritenzione di sostanze puriniche, i lipidi del sangue, gli elementi patologici dell'urina, l'anuria.

Sono in seguito considerate le nefriti acute, il vasto e complicato argomento del brightismo, le altre affezioni mediche del rene e, da ultimo, quelle chirurgiche (tubercolosi, tumori diversi, rene policistico, ecc.).

Vedute teoriche e consigli pratici sull'anatomia patologica, la clinica, la terapia si alternano e si intrecciano nella trattazione degli AA. che è chiara e completa, tale da fornire al medico un quadro il più che sia possibile netto della patologia renale.

Il libro è anche la commovente prova della devozione di un discepolo per il Maestro. Esso è stato, di fatto, compilato da Pichon dopo la morte di Ribierre, sulle note prese al corso di questi e sul ricordo del pensiero del Maestro. *fil.*

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

L. BLUM e C. VAN CAULAERT. *Le rôle du sel dans les néphrites.* Un vol. in-8° di pag. 294 con 4 fig. Masson e C.ie, Paris, 1931. Prezzo 30 fr.

Sul problema del sale nelle nefriti, gli AA. ci forniscono i risultati di un decennio di studî fatti alla Clinica medica di Strasburgo, di cui Blum è il direttore.

Messa bene in luce è la funzione che gli joni hanno negli umori, quella idratante del sodio opposta a quella del cloro che è disidratante per cloro-acidosi.

Tutto questo porta ad una classificazione biologica delle nefriti: idratanti, secche e ad idratazione normale, classificazione però unilaterale perchè tiene conto dei soli elementi: idratazione e disidratazione, iper- ed ipoclorurazione.

Nel capitolo dedicato all'uremia, sono studiate tutte le condizioni biochimiche di questo stato che gli AA. considerano come la fine di una lunga lotta, durante la quale tutto l'organismo ha, poco a poco, esauriti tutti i suoi mezzi di difesa.

Ma il concetto nuovo e che forma la parte più originale del volume è quello dell'azotemia da mancanza di sale, a cui può anche condurre l'uso inconsiderato di diete ipo- od aclorurate. Dalle storie riportate dagli AA., si apprendono fatti di malati con sintomi uremici, con aumento di azoto nel sangue (fino a 5 grammi!) che migliorarono con la somministrazione di sale.

Il concetto è stato contrastato da molti, ma gli AA. lo sostengono con validi argomenti; ad ogni modo, l'importanza dei problemi suscitati da questo libro è tale che la sua lettura s'impone al medico colto e coscienzioso.

fil.

N. PH. TENDELOO. *Studien über die Entstehung und den Verlauf der Lungenkrankheiten.* Un vol. in-8° di 219 pag. con 6 figure. J. F. Bergmann, München, 1931. Prezzo RM. 26.

L'A. che è Direttore dell'Istituto patologico dell'Università di Leida, in questo suo ampio studio, investiga l'importanza che le diverse caratteristiche locali del polmone ed altri fattori hanno sulla origine e sul decorso delle malattie polmonari. Considera dapprima la parte fisiologica nelle condizioni e nelle leggi che influenzano il volume polmonare, il rinnovamento dell'aria, il ricambio dei liquidi (sangue, linfa, succhi dei tessuti). Importanti in questa parte sono le considerazioni sull'azione del diaframma e delle costole e sulla varia dilatazione inspiratoria delle diverse parti del polmone.

Nella sezione dedicata alla patologia, dopo lo studio dell'enfisema senile e presenile, acuto e cronico, viene a studiare l'origine ed il decorso delle flogosi polmonari: la polmonite a focolaio, quella acuta diffusa e la tubercolosi polmonare, ricercando dove si inizia l'infiammazione infettiva, come procede, quali sono i microbi che la determinano, quale è la via seguìta dal virus, il modo di diffusione di questo, ecc.

Evidentemente, non si possono dare in poche parole le conclusioni di questo studio che, letto attentamente e meditato, offre una vasta ed acuta visione dei problemi che si presentano in questo campo. A. F.

HANNS ALEXANDER. *Der künstliche Pneumothorax.* Un vol. in-8° di 42 pag. con 45 figure. J. Springer ed. Berlin, 1931. Prezzo R.M. 7,50.

Ad una breve introduzione sulle direttive generali del pneumotorace e sui suoi fondamenti anatomo-fisiologici, segue la descrizione della tecnica, accurata, precisa anche nei minimi particolari. Sono poi trattate la clinica, le complicazioni, la durata, i risultati, le indicazioni e le controindicazioni, i diversi modi di completamento (pneumotorace bilaterale, frenico-exeresi, oleotorace, ecc.).

Numerose radiografie illustrano efficacemente la trattazione. A. F.

M. ROYER. *L'urobiline à l'état normal et pathologique.* Un vol. in-8° di 196 pag. con 40 fig. Masson e C.ie, Paris. Prezzo 30 fr.

L'A. espone e critica i metodi in uso per la ricerca ed il dosamento dell'urobilina e propone un metodo proprio, con cui tale sostanza può essere dosata con precisione nelle urine, nel sangue e nella bile. Valendosi di tale metodo, egli ha studiato sperimentalmente e clinicamente la genesi, le variazioni ed il destino dell'urobilina nell'organismo, arrivando a concludere che le variazioni di essa sono in parte un riflesso dello stato di funzionamento epatico e ritiene che mediante essa si potrà eseguire una prova funzionale che darà un'idea esatta dello stato del fegato. *fil.*

RENÉ CLOGNE. *Analyses Médicales Pratiques.* Librairie Le François. Fr. 32.

La terza edizione del Manuale di R. Clogne è arricchita di nuovi capitoli: parassitologia, batteriologia, ematologia, mentre la chimica biologica, che conserva un posto preponderante, ha subìto un rimaneggiamento completo, per eliminare i vecchi metodi e far figurare tutte le tecniche più moderne.

Libro di volgarizzazione, conciso e nello stesso tempo ricco di dettagli utili al pratico, che spesso non trova, nei manuali del genere, la guida sicura desiderata. C. TOSCANO.

Wiener Archiv für innere Medizin. Vol XXI, n. 2. Urban e Schwarzenberg, edd. Berlin e Wien, 1931.

In questo fascicolo del noto Archivio diretto da W. Falta e K. F. Wenckebach e che comprende 260 pag. con figure sono conte-

nuti 14 lavori fra cui citiamo: *La terapia con sali metallici ad modum Walbum* (L. E. Walbum e H. Boas). *Gli studi sul ricambio acido-base specialmente per quanto riguarda l'urina* (O. Satke e R. Bartolomey). *Diagnosi differenziale dell'insufficienza aortica sifilitica e non* (F. Kisck). *Clinica e diagnosi della periarterite nodosa* (J. Goldstein). *Morfogenesi dei capillari cutanei e significato clinico dell'ostacolo al loro sviluppo* (P. Liebesny). *Risultati duraturi del trapianto testicolare* (C. Foramitti) ed altri. *fil.*

L'ATTUALITÀ SCIENTIFICA

Compito del sistema nervoso e dei riflessi condizionali nella immunità.

(S. Metalnikov. *Annales de l'Inst. Pasteur*, febbraio 1931).

Per eccitazione condizionale si intende una eccitazione che, non avendo niente di comune con la funzione di un organo, diviene capace di determinare in esso una reazione quando sia stata combinata parecchie volte con delle eccitazioni capaci di far reagire quel dato organo. Così, per esempio, delle eccitazioni auditive e meccaniche, che non hanno niente di comune con le ghiandole salivari e che non hanno mai provocato delle reazioni da parte di esse, sono capaci di provocare lo scolo della saliva dopo essere state combinate varie volte con delle eccitazioni gustative immediate.

I riflessi provocati dalle eccitazioni condizionali, furono chiamati da Pavlov riflessi condizionali.

L'A. ha tentato di applicare il metodo di Pavlov allo studio dell'immunità. In una serie di lavori l'A. ha dimostrato che alla base dell'immunità si trovano le reazioni difensive delle differenti cellule, reazioni che possono prodursi sia all'esterno dell'organismo (sulla mucosa del naso, degli occhi, ecc.) sia all'interno quando il microbo penetra nel sangue, nella cavità del corpo o negli organi interni.

Poichè queste reazioni sono obligatorie e involontarie, noi possiamo dire che abbiamo a che fare con riflessi. Ora, se l'immunità si esplica per mezzo di reazioni difensive o per mezzo di riflessi, non è possibile ottenere dei riflessi condizionali? Ripetendo 10-20 volte di seguito delle eccitazioni interne (iniezioni di antigene) ed associandole ad eccitazioni esterne di qualunque genere, non sarà possibile ottenere infine un vero riflesso condizionale?

Dalle esperienze dell'A. risulta che ciò è possibile, risulta cioè che si può provocare le reazioni di immunità non soltanto con le iniezioni di antigene, ma anche con delle eccitazioni esterne condizionali. Per ottenere questi riflessi condizionali in una cavia, bisogna ricorrere a delle iniezioni ripetute di un antigene qualunque, seguite da eccitazioni condizionali. È così che l'A. ha ottenuto dei riflessi condizionali per la formula leucocitaria nel sangue, per le reazioni cellulari nel peritoneo e per gli anticorpi. Dopo 20-25 iniezioni (microbi scaldati) ed eccitazioni esterne (grattamento o riscaldamento di una regione della pelle), gli animali sono lasciati in riposo per 12-15 giorni. In seguito, basta praticare parecchie volte l'eccitazione esterna precedentemente fatta per vedere apparire nel peritoneo o nel sangue una reazione di difesa tipica: leucocitosi, aumento degli anticorpi, ecc.

Tutte queste esperienze dimostrano che è possibile provocare una reazione di immunità per mezzo di una eccitazione esterna, cioè per l'intervento del sistema nervoso.

Sulla base di questi fatti, bisogna modificare le nostre idee e le nostre interpretazioni della immunità. L'immunità non è un fenomeno autonomo, come si potrebbe credere sulla base di alcune teorie correnti. L'immunità è un fenomeno puramente vitale, assai complesso come tutti gli altri fenomeni vitali: digestione, respirazione, escrezione, ecc. Tutti questi fenomeni sono regolati dal sistema nervoso e sono intimamente legati alla vita dell'organismo intero. Esiste una immunità di adattamento, per cui le cellule viventi possono adattarsi facilmente alle diverse condizioni sfavorevoli ed accostumarsi alle sostanze tossiche; ma esiste un'altra immunità: l'immunità di difesa, che può prodursi sia all'interno che all'esterno dell'organismo.

Le reazioni esterne hanno luogo quando i microbi o differenti sostanze estranee vengono in contatto con le mucose del naso, degli occhi, ecc. Le reazioni difensive interne sono molto più complicate. Ogni organismo è un sistema armonico. L'introduzione in questo sistema di un corpo estraneo provoca sempre una reazione più o meno energica dell'organismo intero. Non sono soltanto le cellule libere che reagiscono, ma tutte le altre: le cellule dei tessuti connettivi e reticolo-endoteliali, i vasi, le ghiandole ematopoietiche, i nervi, ecc.

Per ben comprendere il meccanismo dell'immunità, bisogna studiare, non solamente i prodotti delle reazioni difensive, ma anche il ruolo delle differenti cellule e dei differenti organi in questa lotta contro i microbi e le tossine. La difesa dell'organismo si realizza grazie all'attività delle differenti cellule e tutto dipende dall'energia e dalla rapidità con le quali esse agiscono nella lotta contro i microbi.

Si può dire che durante l'immunizzazione tutte le cellule si mobilizzano contro i microbi o l'antigene dato. Più le cellule sono sensibili, più esse reagiscono attivamente per

difendere l'organismo. Ma talora questa ipersensibilità delle cellule è la causa di reazione violente, che possono produrre delle scosse gravi ed anche degli chocs mortali. Se l'antigene è introdotto per la via normale (sotto la pelle), esso provoca una reazione infiammatoria locale (allergia), che può avere un'azione benefica, ma se l'antigene è iniettato nel sangue o in una cavità del corpo esso causa una reazione violenta che può provocare uno choc mortale.

Così, dal punto di vista dell'A., l'immunità e l'anafilassi hanno una causa comune: l'aumento della sensibilità di tutte le cellule dell'organismo.

L'attività cellulare può essere rinforzata con l'esercizio, con la stimolazione e con l'immunizzazione. Dopo l'immunizzazione le cellule si modificano ed acquistano delle facoltà nuove: agire in un senso specifico contro un antigene dato. Questa nuova facoltà si conserva spesso per lungo tempo, anche dopo che tutti gli anticorpi sono scomparsi. Da questo punto di vista l'immunità presenta un problema non solamente biologico e fisico-chimico ma anche psicologico.

Per comprendere l'immunità bisogna dunque studiare non soltanto le variazioni fisicochimiche del sangue e dei sieri, ma anche l'attività vitale, la sensibilità e la memoria delle cellule.

C. TOSCANO.

RIVISTE SINTETICHE

ISTITUTO DI RADIOLOGIA E TERAPIA FISICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PERUGIA

diretto dal prof. EUGENIO MILANI.

Lesioni da elettricità

con speciale riguardo alle lesioni prodotte da apparecchi elettromedicali).

Prof. BRUNO BELLUCCI, aiuto.

(*Continuazione; vedi num. prec.*).

Non si hanno notizie circa l'influenza o meno dello stato di gravidanza, sia per quanto si riferisce alla madre che al feto. Circa le costituzioni che sono particolarmente sensibili alla azione delle correnti elettriche le ricerche del Paltauf e dello Schridde concludono per l'esistenza frequente di uno stato timico linfatico nelle persone in cui l'accidente elettrico ha avuto conseguenze più gravi (38 casi di tale costituzione su 39 casi di morte da elettricità). Certo è che, nei soggetti timico-linfatici, esiste uno stato di maggiore imbibizione sierosa dei tessuti superficiali e profondi, con facili reazioni vasomotorie cutanee, da cui si origina una maggiore conducibilità elettrica dei varii tessuti, come più sopra abbiamo accennato. Ed è nota anche la grande facilità con cui i soggetti timico-linfatici vanno incontro a morti improvvise per paralisi cardiaca, choc nervoso, ecc.

Non meraviglia quindi il fatto che in tali soggetti si possano avere effetti mortali anche con correnti debolissime ed innocue per altri individui.

Va ricordato infine che alcuni Autori invocano, come fattore predisponente ed aggravante gli effetti dell'accidente elettrico, lo stato in cui si trova l'apparato digerente (Lubarsch-Dolring) e precisamente lo stato di replezione dello stomaco al momento dell'accidente elettrico.

5) *Influenza di malattie preesistenti.* È facile comprendere come tutte le malattie costituzionali e tutte le lesioni croniche di organi importanti per l'economia dell'organismo, diminuendo le resistenze dell'organismo stesso, costituiscano una causa predisponente ed aggravante gli effetti degli accidenti elettrici. In tali soggetti quindi lievi scariche elettriche, tollerate facilmente da individui normali e sani, possono produrre effetti letali.

Tra le malattie costituzionali più importanti che facilitano ed aggravano gli accidenti elettrici vanno ricordate in prima linea le endocrinopatie, e soprattutto il Morbo di Basedow, il Morbo di Addison e le disfunzioni ipofisarie; in minor grado le disfunzioni delle ghiandole sessuali. È interessante a questo proposito ricordare per analogia che in tali soggetti affetti da endocrinopatie e specialmente nei Basedowiani, vi è anche ipersensibilità spiccata per altri agenti fisici, quali i raggi X, la luce, il calore, ecc. Fra le lesioni croniche di organi importanti vanno ricordati, come predisponenti ed aggravanti l'accidente elettrico, i vizi organici di cuore, le nefriti croniche, l'arteriosclerosi, le gravi lesioni del fegato, le lesioni

del midollo spinale, ed anche le malattie mentali (queste non da tutti gli Autori ammesse). In alcuni di questi casi, ad es. nelle nefriti croniche, a spiegare la maggiore recettività verso le correnti elettriche, può essere invocato lo stato di imbibizione sierosa dei tessuti organici, con conseguente diminuita resistenza al passaggio della corrente elettrica. Ma anche in questi casi si verificano eccezioni e fatti strani spesso inspiegabili: ad es. si citano casi di gravi vizi di cuore (Jellinek) e di nefriti, nei quali si è avuta un'ottima tolleranza, senza alcun danno residuo, di correnti elettriche intense e prolungate.

6) *Influenza di stati psichici vari.* Tutti gli Autori che si sono occupati di studi di elettropatologia concordano nel ritenere che una delle concause, alle quali è da attribuirsi una maggior gravità delle lesioni da corrente elettrica, è costituita dal fattore « emozione ». È certo infatti che, qualsiasi sia la modalità ed il momento in cui la scarica elettrica colpisce l'organismo (ad eccezione di due soli casi di cui qui sotto ci occuperemo) la vittima risente in quel momento una forte e subitanea emozione, tanto più grave ed intensa per quanto maggiormente inattesa ed intensa è stata la scarica elettrica. Questo fattore emotivo improvviso, che già di per sè può provocare gravi danni al soggetto, specialmente se questo trovasi in una di quelle condizioni di labilità costituzionale descritte nei precedenti paragrafi 4 e 5, può anche costituire una causa di diminuita tolleranza della corrente elettrica, potendo stabilirsi, a causa dell'emozione, turbe vasomotorie per cui la conducibilità elettrica dei tessuti può essere accresciuta. Ma anche in assenza di questo fatto collaterale, è certo che l'organismo deve ricevere un trauma ben più grave quando alla scarica elettrica si associa l'intenso trauma psichico a carattere emotivo. Abbiamo detto che ogni accidente elettrico è accompagnato da emozione improvvisa ad eccezione di due casi. Uno di questi avviene quando la scarica elettrica colpisce durante il sonno, nel qual caso il fattore emotivo si verifica egualmente, ma dopo il risveglio del soggetto e quindi non contemporaneamente alla scarica. Altro caso avviene quando il soggetto volontariamente, e ponendovi precedentemente attenzione, si prepara a ricevere, per contatto con un conduttore, una scarica elettrica; in questo secondo caso manca completamente il fattore emotivo.

Le statistiche parlano infatti di bassa mortalità e di scarse e lievi lesioni in casi di individui colpiti dalla corrente elettrica durante il sonno; così pure è notorio che con sforzo di volontà molti riescono a tollerare correnti elettriche tali per intensità, tensione e durata da provocare invece gravi danni ed anche la morte in soggetti colti di sorpresa, e nei quali quindi l'azione dannosa dell'elettricità è accompagnata dallo choc emotivo.

7) *Influenza di altri fattori individuali meno noti.* Alcune recenti esperienze del Farny e del Müller, recentemente riprese e controllate dall'Autore di questo articolo, hanno dimostrato che il corpo umano ha, in grado maggiore o minore a seconda degli individui, un potere jonizzante sull'aria che circonda il corpo. Questo potere jonizzante, in genere dimostrabile solo a qualche centimetro di distanza dalla superficie cutanea, ma in qualche caso talmente intenso da essere sensibile anche a 50 centimetri di distanza dal corpo stesso, ricorda per le sue manifestazioni la jonizzazione prodotta dai raggi ultravioletti, dai raggi X e dai raggi gamma del radio. E poichè tale potere jonizzante in alcuni individui è molto intenso anche a notevole distanza, si può anche supporre che tali soggetti, trovandosi in vicinanza di conduttori ad alta tensione, possano facilitare la produzione di una scarica disruttiva fra il conduttore ed il proprio corpo, a causa della jonizzazione dello strato d'aria che li separa, e che in condizioni normali sarebbe sufficiente ad impedire la formazione della scarica a scintilla. L'A. di questo articolo ha in corso varie esperienze tendenti a dimostrare la fondatezza o meno di tale ipotesi, del resto assai verosimile, che, dimostrandosi vera, aprirebbe nuovi orizzonti e spiegherebbe molti fatti oscuri e quasi misteriosi nel campo delle lesioni da elettricità, e specialmente nello studio delle elettrocuzioni per scarica distruttiva.

CAPITOLO QUINTO.

LESIONI CHE L'ELETTRICITÀ PRODUCE NELL'ORGANISMO.

L'elettricità, attraversando l'organismo, produce delle lesioni in modo costante, ma tali lesioni non sono sempre facilmente rilevabili anche ad un esame accurato, tanto che in molti casi di fulminazione da elettricità non si è riusciti a stabilire quale fosse stata la causa della morte. Noi dobbiamo occuparci di queste lesioni, descrivendole sia dal punto di vista clinico che dal punto di vista anatomo-patologico. In questo campo pochissima luce viene apportata dalle ricerche sperimentali fatte sugli animali, perchè l'effetto delle correnti elettriche sugli animali è molto vario e mutevole. Infatti troviamo una grande resistenza alla corrente elettrica negli animali a sangue freddo, quali rane e testuggini; molto minor resistenza negli uccelli e nei mammiferi. Fra questi ultimi sembra non esistano differenze generali, ma solo individuali. Unica differenza costante fra l'uomo e gli altri mammiferi è che la scarica elettrica provoca nell'uomo la perdita della conoscenza, il che non avviene mai negli animali. La differenza di sensibilità degli animali può essere anche in relazione al punto di contatto ed alla resistenza offerta dalla pelle coperta di pelo o di crine (ad es. in tutti gli animali la resistenza è minima in corrispondenza della parte anteriore del muso, sempre bagnata ed umidiccia per la presenza del muco di provenienza nasale; è invece massima nella pelle del dorso asciutta e coperta di pelo). Le nostre ricerche debbono quindi convergere sugli effetti che la corrente elettrica produce nell'organismo umano, mediante l'esame accurato dei casi di accidente elettrico, e tralasciando ogni ricerca sperimentale. Da ciò si comprendono le grandi difficoltà di tale studio.

Le lesioni prodotte dalla elettricità nell'uomo possono esser generali o locali; nel primo caso in genere sono interessati in grado maggiore o minore tutti i principali organi del corpo umano, e di solito tali lesioni sono accompagnate dalla morte della persona colpita. Nel secondo caso, in cui di solito non si ha la morte della vittima, si ha in genere una lesione localizzata in un dato punto della superficie cutanea, senza lesione ana-

tomica constatabile di organi profondi. Lo studio di tale argomento è stato in qualche modo facilitato dalle indagini anatomo-patologiche eseguiti sui cadaveri di condannati alla esecuzione capitale mediante l'elettricità.

Prima di descrivere le lesioni prodotte dalla elettricità credo opportuno riferire qualche dettaglio di tecnica relativo alla elettrocuzione, sistema americano attuale di esecuzione capitale dei delinquenti. Tali dettagli sono utili a conoscersi perchè si ricollegano a quanto precedentemente abbiamo esposto a proposito della azione lesiva dei vari tipi di corrente elettrica.

Gli elettrodi usati per l'elettrocuzione sono costituiti da spugna bagnata con soluzione salina; uno di essi viene applicato a guisa di casco sul capo completamente raso dei capelli; l'altro è in genere suddiviso in quattro branche, di cui due sono applicate ai polpacci e due agli avambracci. Il condannato è fatto sedere, e legato con delle correggie, su di una poltrona (la famosa sedia elettrica) appositamente costruita, isolata dal suolo e recante gli elettrodi in posizione adatta per l'applicazione nel modo sopra indicato. Le prime elettrocuzioni nel penitenziario di Ohio furono eseguite con correnti alternate alla tensione di 1500-2000 volta ed alla frequenza di circa 130 periodi (Benett), ma si ebbero risultati infelicissimi: la morte non era istantanea, si verificavano gravi ustioni, e l'applicazione doveva essere a lungo protratta. In alcuni casi l'applicazione iniziata fu dovuta differire perchè si dimostrava insufficiente allo scopo. In seguito la tecnica fu modificata ed attualmente la elettrocuzione dei condannati alla pena capitale si effettua così: dapprima viene lanciata attraverso il corpo, per circa 7 secondi, una corrente alternata ad alta tensione (2000 volta) e della frequenza di 50 periodi, la quale scarica produce la immediata perdita della coscienza e l'arresto del respiro, ma non quello del cuore. Poi la tensione viene abbassata a 400 volta e con tale intensità mantenuta per circa 30 secondi, cioè fino all'arresto del cuore. Da ultimo si riporta la tensione a 2000 volta per 15 secondi allo scopo di arrestare definitivamente il respiro (questa terza scarica di solito è inutile). La intensità della corrente che attraversa il corpo del condannato oscilla fra 3 e 10 ampères e ciò dimostra che la resistenza del corpo del condannato è di circa 150-200 Ohm. Questo metodo di esecuzione capitale, sebbene attualmente molto perfezionato, suscita sempre molte critiche, perchè spesso si trovano dei soggetti insolitamente resistenti che costringono a prolungare eccessivamente la durata delle applicazioni, con conseguenti fortissime elevazioni termiche del corpo e formazione di gravi ustioni.

Quadro sintomatologico dei colpiti da scariche elettriche. — Descriviamo qui la sintomatologia dei casi non accompagnati da morte, facendo presente che questa sintomatologia è in genere comune a tutti i tipi e tensioni di correnti elettriche. In genere la persona colpita da una violenta scarica elettrica subisce un grave choc, con perdita quasi costante di coscienza, pallore estremo, polso filiforme; il sistema muscolare sia liscio che striato è in contrazione a tipo tetanico per tutta la durata della scarica, e ciò, oltre ad essere la causa per cui il colpito continua a stringere fortemente fra le mani il conduttore elettrico, provoca assoluta impossibilità di respirare e quindi di gridare o parlare. Gli sforzi che il colpito dalla corrente fa per respirare o per parlare provocano spesso lesioni a tipo enfisematoso, e lacerazioni del tessuto polmonare, donde la frequente emissione di sputi sanguigni. Qualche volta si ha perdita di feci, di orine ed anche eiaculazione spermatica. Cessata la scarica elettrica perdurano in genere i seguenti sintomi: cefalea ostinata ed intensa; qualche volta ipertermia; dolori vaghi a trafittura al torace ed alla colonna vertebrale; senso di costrizione alla gola; notevole bradicardia; grande astenia; parestesie e deficienze motorie; raramente accessi epilettiformi; disturbi visivi (midriasi quasi costante) ed auditivi; più raramente degli altri sensi; vertigini; vomito; turbe nella funzionalità intestinale e vescicale; qualche volta itterizia. L'esame delle orine rivela qualche volta presenza di zucchero, quasi sempre presenza di albumina e spesso di emazie, fatto questo che si protrae per molti giorni dopo l'accidente. La puntura lombare mostra quasi sempre notevole ipertensione del liquor.

Mentre in genere i sintomi suddetti tendono a scomparire in breve tempo, permangono invece a lungo, e qualche volta si stabilizzano in modo permanente, i disturbi del sistema nervoso quali: alterazioni (iper od ipo) dei riflessi, paresi, iperestesie, anestesie, spasmi del tubo digerente ed anche vere e proprie forme demenziali, il che dimostra una vera e propria azione elettrica della corrente elettrica sul sistema nervoso (Ajello).

Lesioni locali e generali prodotte dalla elettricità. — Va ricordato anzitutto che non sempre la corrente elettrica, scaricandosi attraverso il corpo umano, provoca lesioni obiettivamente rilevabili, e ciò anche nel caso di passaggio di correnti intense ed a tensioni elevate. In genere però esistono quasi sempre lesioni obiettivabili, di entità più o meno rilevante. Dal punto di vista anatomo-patologico predominano anzitutto fatti di ustione, che in grado maggiore o minore sono quasi sempre presenti. La cute soprattutto è quella che presenta le maggiori lesioni da ustione, ma anche gli organi interni spesso mostrano lesioni da eccessivo riscaldamento.

Le *lesioni della cute* sono generalmente costituite da ustioni le quali in genere riproducono per forma e grandezza il tratto di conduttore venuto a contatto col corpo, e si presentano nei due punti di entrata e di uscita della corrente; esse hanno vario grado e profondità maggiore o minore a seconda della intensità, tensione e durata del passaggio della corrente elettrica. Le ustioni della cute sono provocate in parte ed all'inizio del contatto dall'effetto Joule a causa del quale i tessuti vengono carbonizzati; in secondo tempo, a mano a mano che procede la carbonizzazione dei tessuti, le ustioni sono provocate dalla formazione di un arco elettrico, che si spegne solamente per cessazione della corrente elettrica (fusione di valvole-scatto di interruttori di massima) o per allontanamento volontario, od eseguito da terzi, del corpo della vittima dal conduttore. Le ustioni cutanee da corrente elettrica hanno delle caratteristiche per cui si distinguono dalle lesioni comuni prodotte dal fuoco o da oggetti infuocati: tali caratteristiche consistono in notevole distruzione in profondità, con netto confine alla perife-

ria, cute circostante poco o nulla arrossata, scarsa dolorabilità, notevole secchezza dei tessuti. Tali ustioni sono in genere lentissime a guarire, raramente suppurano, e le cicatrici sono in genere dure e madreperlacee con pigmentazione della cute circostante; in alcuni casi (Odazzo) si hanno delle lesioni tardive, come con i raggi X, per cui la cicatrice tende normalmente ad ulcerarsi, probabilmente per disturbi trofici da distruzione delle terminazioni nervose pericicatriziali. In tali casi occorre asportare chirurgicamente, oltre i tessuti necrosati, anche i tratti di cute sana circostante. Nel caso in cui non sia avvenuto il contatto del corpo con il conduttore, ma la vittima sia stata colpita solo da una scintilla più o meno intensa, si osservano quasi sempre sulla cute le cosiddette figure di Lichtenberg, consistenti in arborizzazioni di color rosso, di forma dendritica, dovute a fenomeni vasomotori. Riferendoci sempre alla pelle ricorderemo come qualche volta si possa avere completa bruciatura dei capelli o dei peli con superficie cutanea intatta, o viceversa ustioni cutanee al di sotto di strati intatti di capelli o di peli. Si possono inoltre riscontrare emorragie della cute e delle mucose; di varia forma e di varia estensione; emorragie sottocutanee e sottomucose; angiospasmi e molto frequentemente edemi localizzati, insorgenti rapidamente dopo il passaggio dell'elettricità, edemi che quasi tutti gli Autori attribuiscono a fatti di spasmo o paralisi vasale locale. Va ricordato infine che le lesioni cutanee da elettricità possono assumere l'aspetto di lesioni traumatiche da armi da fuoco, o di ferite prodotte da corpi taglienti, o da corpi contundenti al di sopra di superfici ossee, con assenza completa di fenomeni di ustione, nei quali casi è evidente la difficoltà diagnostica (beninteso escludendo sempre le lesioni secondarie dovute a caduta consecutiva alla scarica elettrica, o dovute al lancio di corpi contundenti, sassi, ecc. che spesso si verifica nella folgorazione).

Le *lesioni del sistema nervoso centrale e periferico* dipendono in genere da tre principali fattori: 1) azione termica per effetto Joule; 2) azione elettrolitica; 3) azione indiretta dovuta a lesioni vasali, a tipo alterazione vasomotoria od a tipo emorragico. Le ricerche del Pietrusky hanno dimostrato, specialmente nei tronchi nervosi, fusione del contenuto cellulare e del contenuto nucleare; nel cervello, nel midollo e nelle relative meningi sono stati osservati (Mac Donald, Frank, Pitres) gravi fatti di alterazione vasomotoria con presenza di emorragie puntiformi diffuse e stravasi nel pavimento dei ventricoli cerebrali. Un reperto tipico di lesione degli elementi nervosi centrali, attraversati dalla corrente elettrica, è stato descritto dal Lombardo. Questo autore ha trovato, oltre i disturbi circolatori già ricordati, le seguenti lesioni del tessuto nervoso: ingrossamento e spezzettamento delle neurofibrille, che si riuniscono a fascio; formazione di vacuoli; frantumazione del reticolo e nei casi gravi e prolungati frantumazione della membrana cellulare con fuoriuscita del protoplasma. Inoltre si ha scomparsa quasi completa della sostanza cromatica. Ricerche successive del Martini e Balli dimostrarono che le suddette lesioni del tessuto nervoso possono, a parità di condizioni elettriche, riuscire più gravi se esistono degli altri fattori, quali temperature elevate, stato di inanizione, alterazioni ghiandolari, ecc. È in ogni modo accertato, in base alla sintomatologia presentata dalle vittime, che fra le varie parti del sistema nervoso centrale quelle che per prime e sopra le altre risentono degli effetti della scarica elettrica, specialmente se ad alta tensione, sono le zone del cervello destinate alle funzioni psichiche superiori (perdita quasi costante ed immediata della coscienza) ed insieme il bulbo col suo centro respiratorio, che entra immediatamente in stato di paralisi. Per quanto riguarda il sistema nervoso vegetativo le ricerche di Ajello hanno dimostrato l'esistenza di alterazioni rivelate dallo svilupparsi di una sindrome in alcuni casi vagotonica, in altri casi simpatico tonica. Va ricordato infine che un reperto quasi costante in tutti i colpiti dalle scariche elettriche è l'aumento della quantità e della pressione del liquido cefalo rachidiano, che si presenta spesso ematico. Jellinek riferisce a questo proposito il caso di un tramviere di 32 anni, colpito da una corrente di 110 volta, che dopo una breve perdita di coscienza potè riprendere il suo servizio lo stesso giorno dell'accidente, ma il giorno seguente avvertì violente cefalee che lo costrinsero ad abbandonare il servizio. Undici giorni dopo quest'uomo morì in preda ad intensi fenomeni di eccitazione cerebrale. L'autopsia mostrò un'edema cerebrale e midollare molto marcato. Lo stesso Jellinek riferisce il caso di un uomo di 34 anni che rimase fulminato da una corrente alternata a 220 volta; l'autopsia mostrò anche in questo caso edema cerebrale e congestione intensa dei vasi.

Le *lesioni del sangue ed apparato circolatorio* concludono per la presenza costante di un aumento della viscosità, della velocità di sedimentazione delle emazie (Ajello), e del fibrinogeno; si ha invece una diminuzione della carica elettrica delle emazie, tutti fatti che indicano uno squilibrio colloidale prodotto dalla corrente elettrica. È stato inoltre osservato un aumento della quantità dell'ossiemoglobina, fatto questo secondario ai fenomeni di asfissia acuta causata dalla paralisi respiratoria, che è sempre la prima a verificarsi.

Per quanto riguarda la formula alcuni AA. ammettono una leucopenia, altri una leucocitosi; recenti ricerche di Ajello hanno dimostrato che dopo passaggio di correnti elettriche a tipo lesivo si ha leucocitosi con inversione della formula leucocitaria. Tale reperto di leucocitosi è spiegato dal Dazzi e dal Barbour come un fenomeno consecutivo alla vasocostrizione intensa dei vasi del midollo osseo, per cui vengono spinti in circolo elementi di origine midollare. L'azione della corrente elettrica sul cuore si esplica attraverso i centri motori ed attraverso spasmi delle coronarie (ipotesi questa ammessa dal maggior numero degli AA.); si ha in genere aumento della frequenza delle contrazioni con notevole diminuzione dell'energia cardiaca e della pressione sanguigna, la quale diminuzione aumenta progressivamente e rapidamente fin che il muscolo cardiaco entra in stato di tremito fibrillare, che precede di poco l'arresto completo del cuore e la morte definitiva. È interessante ricordare che le contrazioni delle orecchiette sono le ultime ad esaurirsi, e che esse riprendono a battere energicamente se si interrompe la corrente elettrica, anche quando i ventricoli sono in stato di debole tremito fibrillare o

addirittura del tutto immobili, e quindi naturalmente ogni polso periferico è cessato. Nella elettrocuzione la durata del passaggio della corrente alla tensione di 300-400 volta per circa 30 secondi è sufficiente a produrre l'arresto completo e definitivo del cuore. Dal punto di vista anatomo patologico sono state trovate nel cuore fibre muscolari strappate (Kawamura) o scompaginate (Pietrusky), emorragie sottoepicardiche, strie in corrispondenza della punta del cuore, simili a quelle descritte sulla pelle dallo Jellinek. Il Pietrusky ha osservato infine una speciale necrosi (necrosi elettrica) del tessuto perivalvolare aortico.

Per quanto riguarda il sistema circolatorio periferico lesioni vere e proprie non sono state in esso riscontrate ad eccezione delle ustioni vasali; tutti i disturbi vasali debbono essere attribuiti all'influenza che la corrente elettrica ha sul sistema nervoso vasomotorio. Si ammette in genere che nel momento in cui la corrente elettrica attraversa il corpo, prima di verificarsi l'abbassamento di pressione, si verifichi un fortissimo momentaneo aumento di pressione al quale gli AA. attribuiscono la formazione delle emorragie vasali che quasi sempre si osservano specialmente nel sistema nervoso centrale.

Le *lesioni dell'apparato digerente ed annessi* consistono in fatti emorragici delle mucose, delle tuniche muscolari, della sierosa peritoneale ed in stati spastici o paretici del tubo digerente. Non infrequentemente infatti compaiono, in seguito ad accidente elettrico grave ma non mortale, fenomeni di disfagia da spasmi esofagei sottofaringei od a livello del cardias, di vomito da spasmo pilorico, di itterizie da spasmo delle vie biliari, di stipsi da colite spastica, di perdita di feci da paresi dello sfintere anale. In un caso capitato recentemente alla mia osservazione radiologica per gravi turbe nella digestione gastrica, in soggetto investito dalla corrente elettrica due anni or sono, fu trovato uno spasmo gastrico quasi totale della muscolatura circolare per cui lo stomaco era ridotto di forma tubulare in totalità, mentre il piloro appariva incontinente. È naturale che queste sindromi spastiche del tubo digerente ed annessi rientrino nel capitolo delle alterazioni del sistema nervoso e prevalentemente del sistema vago simpatico, di cui qui sopra ci siamo occupati. Analogamente le lesioni a tipo emorragico rientrano nel capitolo delle alterazioni circolatorie. Ed è anche facile spiegare, come per la sua sede e per i suoi rapporti, il tubo digerente possa difficilmente subire lesioni anatomiche vere e proprie in conseguenza del passaggio della corrente elettrica. A questo proposito è utile qui rammentare la ipotesi già sopra esposta (nel capitolo fattori individuali) che la gravità dell'accidente elettrico dipenda, a parità di altre condizioni, dallo stato di distensione e di ripienezza in cui si trova lo stomaco al momento dell'accidente. È difficile dare una spiegazione a questo fenomeno, che pure è stato ripetutamente constatato: potrebbe essere invocata la maggior affluenza di sangue agli organi addominali durante il lavorio digestivo, e la consecutiva minor quantità di sangue irrorante i centri nervosi cerebrali e bulbari, donde una più facile azione ischemizzante di tali centri da parte della corrente elettrica.

Per le *lesioni dell'apparato urogenitale* possono in parte essere ripetute le stesse considerazioni. Sotto l'azione della corrente elettrica possono infatti immediatamente o tardivamente prodursi fatti di spasmo o di paresi della vescica, dello sfintere vescicale, delle vescicole seminali, con consecutiva perdita involontaria di orine e di sperma o con impossibilità di minzione volontaria. Siamo qui sempre nel campo delle lesioni nervose. Solo in rari casi è stata riscontrata una azione lesiva vera e propria nei reni in seguito ad accidente elettrico (Jellinek), ossia la presenza di una vera e propria nefrite emorragica, o di anuria prolungata, seguita da morte per uremia. Sono stati descritti anche dei casi in cui si è verificato un vasto distacco degli epiteli renali. È molto frequente la presenza di albumina (nucleo albumina ed anche siero albumina) nelle orine emesse dopo l'accidente elettrico, ma tale reperto patologico di solito scompare in pochissimi giorni e non rappresenta un indice di lesione renale vera e propria, potendo dipendere anche da altri fattori, quali ustioni cutanee, ecc.

Le *lesioni dell'apparato scheletrico muscolare* consistono soprattutto in presenza delle solite emorragie nello spessore dei fasci muscolari, con lacerazione di piccoli fascetti muscolari (dovute alla improvvisa e brusca e prolungata contrazione tetanica); si ha inoltre una precocità, non ammessa da tutti gli AA., nella comparsa della rigidità cadaverica, nei casi mortali.

Per quanto riguarda il tessuto osseo il passaggio della corrente elettrica determina alterazioni a tipo atrofico (tipo Sudek) con inizio assai precoce, irregolarità nel contenuto in calcio (alisteresi), sclerosi cilindrica periostea di lunga durata e di origine ancora discussa. Una forma speciale di lesione ossea fu descritta dal Reuter col nome di « perle ossee », quasi sempre osservate sul cranio; esse consistono in piccoli sollevamenti ossei a foggia di bottone o di vescicola, in contatto con la diploe, probabilmente originati dalla fusione del contenuto diploico.

Le *lesioni dell'apparato respiratorio* consistono in genere in edema acuto del polmone, sfiancamento degli alveoli polmonari con lacerazioni e piccole soffusioni emorragiche nel tessuto interalveolare. Si tratta di un vero e proprio enfisema acuto, quasi traumatico, che verosimilmente deve attribuirsi a varie cause: 1) alla contrazione tetanica dei muscoli respiratori della gabbia toracica, del cingolo scapolare, e del diaframma, contrazione tetanica che perdura per tutto il tempo del passaggio della corrente; 2) ai bruschi, frequentissimi e disordinati profondi atti respiratori che la vittima incoscientemente fa non appena cessata l'azione tetanizzante della corrente; 3) alla brusca e forzata distensione toracica dovuta alle manovre di respirazione artificiale che quasi sempre vengono eseguite. Talvolta sono stati rinvenuti nei bronchi frammenti di sostanze alimentari. A carico delle pleure sono state osservate, oltre le piccole emorragie che sono presenti in quasi tutti gli organi della vittima, piccole zone di enfisema sottopleurico da attribuire a rotture di alveoli polmonari corticali, da eccessivo sfiancamento.

Le *lesioni degli organi dei sensi* dopo un accidente elettrico (specialmente se la corrente ha attraversato in pieno il corpo della vittima) possono presentarsi con le più svariate sindromi funzionali patologiche. Precisamente per l'occhio: cecità temporanea, emianopsie, eritropsie, restringimenti del campo visivo, scotomi, alterazioni o lacune nella visione dei colori, turbe nella funzionalità pupillare sia per quanto riguarda la accomodazione che la reazione alla luce (tendenza alla midriasi), nistagmo, fotofobia, scintillamenti, sensazioni dolorose varie, ecc. A carico dell'orecchio: sordità od ipoacusie, ronzii o fischi subiettivi, vertigini, ecc. A carico degli organi del gusto e dell'odorato: sindromi varie che vanno dalla assenza completa a lievi diminuzioni delle sensazioni gustative ed olfattive, od a limitazioni parziali od inversioni di tali sensazioni (ad es.: la sensazione gustativa delle sostanze dolci può mancare o rivelarsi come sensazione di sostanze amare; analogamente può mancare la sensazione olfattiva ad es.: del fumo di tabacco, oppure essere percepita come odore di altra natura, mentre rimangono invariate le sensazioni di altri sapori ed odori). A carico della sensibilità tattile, termica, elettrica e dolorifica si possono osservare le più svariate alterazioni: zone di insensibilità, di ipo e di ipersensibilità all'una od all'altra forma od a tutte quante le forme di sensibilità; parestesie di ogni sorta. Tutte queste alterazioni degli organi dei sensi hanno carattere funzionale, di solito transitorio, e non presentano, ad eccezione che per l'occhio che è stato più largamente studiato, quadri anatomo-patologici ben definiti. A carico dell'occhio la lesione più frequente è l'opacamento del cristallino, la cui genesi alcuni attribuiscono a fatti di elettrolisi, altri a coagulazione delle albumine, altri ad azione traumatica ed alla brusca contrazione del muscolo ciliare. La congiuntiva è di solito iperemica ed edematosa con emorragie sottocongiuntivali, ed iniezione pericheratica in alcuni casi; vi è in alcuni casi cheratite interstiziale; più raramente lesioni dell'iride. A carico della retina frequentemente si sono trovati vasi retinici dilatati con piccole emorragie opacanti l'umore o scollanti la retina, specialmente nella regione della macula. Sono stati infine osservati fatti degenerativi ed atrofici del nervo ottico.

Le *lesioni del sistema ghiandolare endocrino* non sono state molto studiate dal punto di vista anatomo-patologico. Sono state solamente descritte emorragie nel tessuto delle surrenali, e rigonfiamento del tessuto tiroideo con emorragie piccole e numerose. Mancano, a quanto mi consta, descrizioni anatomo-patologiche di lesioni ipofisarie, delle ghiandole sessuali, delle paratiroidi, del timo, ecc. mentre abbiamo già visto che tali organi hanno tutti una grande importanza, allorchè siano in condizioni patologiche, per il determinismo e per l'aggravamento delle lesioni da elettricità.

Riassumendo quanto sopra abbiamo detto relativamente alle lesioni anatomo-patologiche e funzionali dei vari organi ed apparati, possiamo concludere che nessuna parte del corpo umano viene risparmiata dalla azione della corrente elettrica, la quale in grado maggiore o minore e più o meno duraturo esplica effetti lesivi su tutti i tessuti. È interessante anche notare che, analogamente a quanto avviene con i raggi X ed altri agenti fisici, l'azione lesiva dell'elettricità si manifesta anche con dosi lievissime specialmente in casi di correnti aventi azioni elettrolitiche. Non è infatti improbabile che anche la fase di eccitazione o di stimolo che avviene con correnti elettriche debolissime, quali noi usiamo in terapeutica, non sia (analogamente a quanto si ritiene avvenga in Röntgenterapia) che una risposta od una difesa verso effetti lesivi minimi che a noi sfuggono per la rapidità del fenomeno o per la lievissima entità dello stesso, o perchè il continuo lavaggio dei tessuti, prodotto dal torrente circolatorio e linfatico, impedisce di trovare nell'organo o nel tessuto elettrizzato i prodotti derivanti da un affrettato metabolismo o dal catabolismo cellulare.

È in ogni modo evidente che due apparati, sopra tutti gli altri, sono principalmente lesi dalla azione delle correnti elettriche, direi quasi in modo elettivo: l'apparato nervoso e circolatorio. Infatti le alterazioni osservate in quasi tutti gli organi possono farsi risalire a lesioni di uno dei due, o di ambedue, i suddetti apparati, che hanno la comune caratteristica di trovarsi, con le loro ramificazioni più fini, in tutti i tessuti dell'organismo, e che hanno ambedue la proprietà di una grandissima conducibilità elettrica.

Ma soprattutto ad uno di questi due apparati: il sistema nervoso è da attribuire l'origine delle lesioni più gravi ed immediate.

(Continua).

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta straordinaria del 20 giugno 1931.

Presiede il Prof. S. Baglioni, presidente.

Dati clinici e sperimentali sul valore profilattico e curativo del siero antidifterico.

Prof. T. Pontano. — L'O. riferisce su dati sperimentali, clinici e statistici, raccolti in un decennio, sul problema difterico. Ricorda gli esperimenti fondamentali di Behring sulla tossiemia difterica e sul valore del siero antidifterico. Ritiene errato considerare il problema difterico umano alla stregua dei risultati sperimentali. Ricorda le conclusioni delle esperienze di Behring, di Doënitz, ecc., e fa notare che i clinici, applicando all'uomo la sieroterapia, andarono assai più oltre delle conclusioni degli sperimentatori.

Riporta i risultati delle esperienze in animale: l'infezione è provocata col bacillo difterico, la sieroterapia col siero antitossico e col siero di cavallo. Dinanzi all'esperimento di infezione batteriologica sulle cavie il siero ha pieno valore profilattico: la cavia profilassata non contrae la malattia; ma il siero ha azione curativa solo se somministrata prima della 6ª, 8ª ora dall'infezione. Ad infezione avvenuta, anche enormi quantità di siero non modificano lesione locale e tossiemia.

Il siero di cavallo non ha azione alcuna, nè profilattica, nè curativa.

Investe il problema clinico, ricordando i dati del passato e le contradizioni a poco a poco manifestatesi circa l'azione del siero e sulle forme gravi, e in particolari epidemie, e sulle forme stenotiche; riporta le cifre che risultano dallo stu-

dio dei suoi casi in 4 anni; e le cifre di mortalità a seconda della sede della malattia dimostrano quanta importanza hanno nella difterite la sede laringea e la complicazione. Porta cifre di confronto fra curati col siero e non curati; analizza il comportamento dei non curati e dei curati (febbre, durata della malattia, caduta delle membrane, tempo di degenza, ecc.), e non trova una manifesta azione curativa del siero.

Porta la sua critica sulle cifre statistiche del passato e mette in evidenza le ragioni delle curve ingannatrici.

Conclude, che della sieroterapia antidifterica rimangono il magnifico edifizio sperimentale, il valore profilattico, il valore curativo solo se la cura interviene nelle prime ore della penetrazione del germe; sul valore curativo a malattia manifesta ogni fede si va spegnendo.

Dati sperimentali sul valore profilattico dell'anatossina difterica.

Prof. T. PONTANO. — L'O. riferisce sui concetti moderni della vaccinazione anatossina antidifterica. Critica specialmente il valore della reazione di Schick, che, secondo l'O., non può essere considerato esatto esponente della difesa e della recettività verso la difterite.

Riferisce i suoi dati sperimentali su cavie infettate con bacteri difterici. L'O. trova che l'anatossina vaccina l'animale anche contro enormi dosi del germe. La vaccinazione si ottiene però ad un patto: usare grandi dosi di anatossina: per le cavie sono necessarie dosi eguali e doppie di quelle usate per l'uomo.

La vaccinazione con anatossina protegge contro la tossiemia; le cavie sopravvivono, non protegge contro l'infezione locale, che può raggiungere gradi notevoli.

L'esperimento invita a diffidare di quelle statistiche, che parlano di scomparsa di morbilità, l'anatossivaccino non può essere paragonato nei riguardi della difesa al siero preventivo: con questo si difende l'animale dalla tossiemia e dalla malattia locale, coll'autossivaccino la malattia locale si produce egualmente.

Il prof. SPOLVERINI discute i dati statistici riferiti dal Prof. Pontano; si meraviglia della mortalità alta e costante per 4 anni ed esprime la sua opinione relativamente al valore e all'utilità del siero antidifterico. Non ritiene priva di valore la reazione di Schick. Chiede al prof. Pontano, se ha una statistica, che dimostri la percentuale di malati tra i vaccinati.

Il prof. PONTANO, circa la mortalità alta e costante per 4 anni — dal 1924 al 1928 —, della quale si meraviglia il prof. Spolverini, fa notare che la mortalità si riferisce a malati e non in proporzione alla popolazione. Fa notare inoltre che di malati lievi in gran numero sono ricoverati nell'Ospedale da lui diretto, e che perciò la mortalità tra i curati senza siero può giungere a 0 %. Ma dove la statistica è chiara, è sull'azione del siero sui malati gravi e su quelli con stenosi laringea: la percentuale si alza fino al 40-50 % di mortalità, e dimostra che nei casi gravi laringei, anche curati al primo giorno di malattia, il siero non esercita azione curativa. Del resto la sua mortalità globale risponde, anzi è minore, a quella di Deicher, che giunge al 24-26 % nell'Ospedale Virchow di Berlino. Il prof. Spolverini giungerebbe ad abolire il siero perchè dannoso, se è dimostrata l'inutilità: l'O. pensa che i danni del siero sono stati esagerati, e che anzi forse qualche vantaggio può essere legato al valore protomoterapico. Poichè il prof. Spolverini mostra di credere al valore della Schick, l'O. ricorda che la r. di Schick e valore antitossico del siero non sono paralleli; che si può guarire naturalmente di difterite con Schick positiva: che a Schick nenegativa si può contrarre la difterite, e che in paesi in cui non esiste difterite (Groenlandia), la Schick, positiva nei bambini, diviene negativa negli adulti (maturità umorale). Alla domanda del prof. Spolverini, se l'O. ha una statistica che dimostri la percentuale dei malati tra i vaccinati, l'O. fa notare che il rilievo dei vaccinati, caduti sotto la sua osservazione come malati, è d'accordo colle sue esperienze in animale, le quali dimostrano che l'anatossivaccino non protegge contro l'attecchimento e contro la lesione locale. Tale constatazione, insegna a diffidare delle statistiche totalitarie, perchè non succeda per il vaccino quanto è accaduto per le statistiche sul valore del siero.

Produzione sperimentale di infiammazioni del polmone.

Prof. M. ASCOLI e BONADIES. — Gli OO. riferiscono di esperienze dirette alla produzione per via bronchiale di lesioni infiammatorie del polmone nel coniglio. Dei diversi metodi tentati, solo quello di una fistola tracheo-esofagea ha dato risultati positivi. Questo anche in animali messi in condizioni di non rigurgitare altro che materiali sterili. Gli OO. concludono, dalle loro esperienze, che il contatto prolungato e rinnovantesi di germi, anche semplici saprofiti, nella mucosa bronchiale e gli epiteli alveolari, nonchè il disturbo del meccanismo della tosse, sono i fattori più importanti nella produzione di flogosi del polmone di origine aerogena.

Inquinamento causato da acari simulanti una virulentazione del B. C. G.

Prof. V. PUNTONI. — L'O. riferisce di aver osservato una infezione da acari del germe Tarsonemus in colture di miceti e di B. tubercolari appartenenti a molte diverse specie. Di particolare interesse risultò lo studio dell'infestazione di colture tubercolari, infestazione che si manifestò inizialmente su colture dello stipite bovino Vallée (virulento) e poi su colture avirulente, in particolare dello stipite B.C.G. (bac. Calmette-Guérin). Una coltura di B.C.G., infestata dagli acari, risultò patogena per la cavia, e l'O., in seguito ad una discussione critica, viene alla conclusione che sia stato effettuato, per parte degli acari, un trasporto meccanico del bovino Vallée virulento nelle colture avirulente del B.C.G. L'O. insiste su questi fatti allo scopo di spiegare eventuali osservazioni di presunte virulentazioni microbiche, che possono invece interpretarsi come inquinamenti.

Il prof. G. ALESSANDRINI esprime il parere, che la virulentazione, nel caso riferito dal prof. Puntoni, sia potuta avvenire negli acari stessi.

Risponde il prof. Puntoni.

Le alterazioni del miocardio nell'intossicazione cronica sperimentale da tiroxina e da alcool.

Prof. D. MASELLI. — La tiroxina somministrata continuamente a dei conigli in dosi alte, ma tali da non causare la morte degli animali, bensì uno stato di intossicazione cronica rivelantesi

con perdita di peso, caduta dei peli, disturbi intestinali, aumentata frequenza cardiaca, ha determinato in detti animali ingrandimento del cuore e gravi alterazioni degenerative del muscolo cardiaco. L'intossicazione cronica da alcool nei conigli ha causato alterazioni del miocardio caratterizzate particolarmente da emorragie più o meno diffuse. In conigli dapprima intossicati con tiroxina e poi con alcool, il miocardio ha presentato tutti e due i tipi di alterazione, degenerative ed emorragiche, e l'alcool ha manifestato la sua azione dannosa sul muscolo cardiaco in un periodo di tempo più breve di quello abitualmente impiegato quando era stato somministrato da solo.

Disturbi della funzione respiratoria nella malaria.

Prof. G. MELDOLESI. — Disturbi della funzione respiratoria sono stati messi in evidenza nella malaria già da Vittorio Ascoli; confermati recentemente da Monteleone e dall'O. L'O. riferisce di disturbi di ritmo del respiro nei malarici: anche nei periodi di apiressia il malarico presenta costantemente una frequenza di respiro relativamente aumentata: in febbre tale frequenza è sempre superiore sia alla curva del polso che a quella della temperatura. Tali fatti sono evidenti sopratutto nella terzana maligna, dove, anche nelle forme senza gravità, si ha costantemente tendenza al respiro ondulante, per passare, nei casi gravi a forme di respiro nettamente periodiche, fino a Cheyne-Stokes, al Bist, all'alternante e al respiro intermittente delle forme perniciose.

A tali disturbi di ritmo del respiro corrisponde una notevole alterazione della ematosi. Durante l'ascesso febbrile in tutti i casi e in tutti i tipi di malaria osservati, l'O. ha costantemente constatato la presenza di un *deficit* sensibile di ossigeno nel sangue arterioso. Nella terzana benigna tale *deficit*, salvo il caso di P. particolarmente deboli e deperiti, scompare con la febbre; nella terzana maligna esso persiste anche negli intervalli di apiressia; in tre casi di quartana, l'O. ha veduto accentuarsi ulteriormente il *deficit* nelle prime tre ore di apiressia. Il *deficit* arterioso di ossigeno si è dimostrato di particolare entità in un caso di terzana benigna accompagnata a fenomeni di congestione polmonare. L'O. riferisce la presenza di *deficit* arterioso a un fatto di insufficienza del circolo polmonare, insufficienza circolatoria polmonare alla quale è dovuta la tendenza ai fatti congestizii polmonari sia delle forme di terzana benigna e di quartana, sia delle forme gravi di terzana maligna.

Il Segretario: G. AMANTEA.

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 17 luglio 1931.

Presidente: prof. BALP.

La determinazione quantitativa dell'acido lattico nel sangue in condizioni normali e patologiche.

Prof. DOMINICI e dott. RASETTO. — Nei soggetti normali, con le ultime modificazioni del metodo Mendel-Goldscheider, trovarono valori tra 9 mmgr. e mmgr. 16 %. In vari stati morbosi (epatopatie, emopatie, cardiopatie, affezioni febbrili ecc.) hanno cifre oscillanti assai variamente, senza che sia possibile fissare regole fisse, cosicchè essi non possono dare grande importanza alla determinazione della lattiacidemia per giudicare del grado della lesione del fegato e parimente non si sentono di appoggiare la dottrina che fa dell'alterazione del biochimismo dell'acido lattico il centro della patogenesi dello scompenso cardiaco.

Influenza della somministrazione di carboidrati sulla assimilazione del galattosio negli epatici.

Prof. MORACCHINI e dott. COSSU. — Gli OO. hanno cercato di spiegare. in ammalati di fegato, il perchè della diversità di assimilazione del galattosio a seconda che esso viene somministrato da solo oppure in unione al destrosio. Essi ritengono che non si possa parlare di aumento della soglia renale come causa della minore eliminazione del galattosio sotto l'influenza del glucosio; ritengono che il glucosio sia stimolo alla glicogenesi epatica della qual cosa si avvantaggia il galattosio introdotto durante la prima parte della curva; in secondo tempo entra in giuoco anche l'arricchimento in glicogene del fegato la cui funzionalità viene in tal modo migliorata.

Il sistema nervoso vegetativo nei colitici.

Prof. A. ALLODI e dott. G. DE MATTIA. — Dal reperto clinico gli OO. furono subito indirizzati al concetto dell'esistenza in tali soggetti di una vagoestesia. Le prove farmaco dinamiche confermarono tale concetto: la prova della atropina risultò pressochè negativa; così quella della adrenalina. La prova della pilocarpina risultò sempre nettamente positiva, a volte accompagnandosi anzi a fenomeni imponenti. Ritengono che la colite si sviluppi di solito in un terreno di vagotonia, il quale determinando disturbi funzionali a carico della motilità e secrezione dell'intestino favorisce l'azione di altri fattori (infettivo tossico, parassitario). Il reperto spiega ancora l'utile impiego di farmaci, quali la belladonna, l'efetonina, il calcio e l'adrenalina.

I dottori C GIORDANO e PENNACCHIETTI riferiscono *sul metabolismo basale nell'ipertensione e le sue modificazioni in seguito all'iniezione di adrenalina e di ergotamina.*

I dottori GIORDANO e S. BATTISTINI riferiscono *sulla ricerca del glutatione nel sangue in varie condizioni morbose.*

Il dott. R. MOLFESE espone *casi di calciorachia in condizioni normali e patologiche.*

Osservazioni comparate sulla curva leucocitaria nella crisi emoclasica.

Dott. L. GEDDA e dott. C. ANGELERI. — Nel coniglio e nell'uomo in seguito ad iniezioni di sostanze scatenanti una crisi emoclasica, hanno osservato un iniziale abbassamento del numero dei leucociti, poi una leucocitosi a cui segue un abbassamento sino al numero normale ed una successiva *poussée*, in seguito alla quale i globuli bianchi raggiungono un tasso maggiore di quello raggiunto nel precedente acme.

Gli OO. hanno denominato questa curva « *a dorso di cammello* »; ritengono che le due *poussées* di leucocitosi siano dovute a fenomeni di alterata distribuzione dei leucociti dovuti a squilibrii vasomotori, non potendosi logicamente pensare ad un funzionamento intermittente del midollo osseo.

Intorno all'azione antagonista dell'estratto ipofisario e della diatermia sulla diuresi.

Dott. L. GEDDA e dott. G. CHIESA. — Gli OO. trovarono che la diatermia rinforza notevolmente

la quantità dell'orina emessa durante la prova del carico dell'acqua, nelle quattro ore della prova, mentre l'ipofisina, malgrado l'azione diuretica della diatermia, riduce la portata urinaria a valori molto bassi, sebbene abbiano potuto rilevare una costante diluizione del sangue, il che dimostra come al rene non sia mai venuta a mancare l'offerta idrica. L'estratto postero-ipofisario annulla l'azione poliurica della diatermia renale.

Metabolismo dell'acqua e radiazioni attiniche.

Dott. L. GEDDA e dott. G. DE MATTIA. — Nei soggetti sani trovarono una notevole diminuzione del tempo di durata del ponfo intradermico da soluzione fisiologica, una tendenza alla diminuzione della « perspiratio insensibilis » nelle zone irradiate, ed un aumento così cospicuo e costante della diuresi da giustificare il termine di « *diuresi attinica* » dato a quest'aumento della portata urinaria per effetto della irradiazione.

Seduta del 24 luglio 1931.

Presidente: prof. BALP.

Il trattamento dell'anemia perniciosa con triptofano e istidina.

Prof. G. DOMINICI e dott. F. PENATI. — Il risultato è stato nullo in un caso, e nell'altro scarsissimo ed anche in questo suscettibile di essere interpretato diversamente, che non in diretto rapporto con l'introduzione di aminoacidi « emoglobinogeni ». Tuttavia gli OO. non credono di poter destituire di qualsiasi importanza gli aminoacidi nei rapporti dell'anemia perniciosa od almeno del meccanismo genetico di alcuni dei fenomeni morbosi della malattia, perchè ricerche in corso starebbero a provare nell'anemia di Biermer l'effettiva esistenza di un'alterazione del metabolismo degli aminoacidi.

Studi sulla bilirubinemia. 1°) Sulla reazione di Weltmann.

Prof. G. DOMINICI e dott. G. MARENGO. — La reazione di Weltmann dà cifre che in genere superano quelle ottenute con gli altri metodi e sopratutto dei metodi di Jendrassik e di Haselhorst, che presentano i valori più bassi.

In condizioni normali l'adsorbibilità della bilirubina è relativamente minima e bassa pure si riscontra negli itteri emolitici.

Al contrario negli itteri da stasi la bilirubina, che viene adsorbita dalle proteine del siero è in quantità maggiore fino a raggiungere nell'ittero da occlusione in regresso, un valore percentuale altissimo.

Ricerche sul contenuto di aminoacidi del sangue in condizioni normali e patologiche.

Dott. G. OLIVA e dott. F. QUAGLIA. — In 13 individui normali, il contenuto medio di aminoacidi risultò di mmgr. 6,3 %. In 11 p. di affezioni epatiche, per lo più di lieve entità, è stato riscontrato un valore medio di mmgr. 5,9 %; eguali cifre ottennero in cardiopatici, senza gravi fenomeni di scompenso. In p. affetti da anemia perniciosa si ottennero cifre varianti da 2,05 a 4,04 %. Le determinazioni fatte in questi p. a cura inoltrata, permisero di rilevare un rapido aumento del contenuto aminoacido.

Sulla resistenza del virus tubercolare al calore.

Dott. GIORDANO. — Due cavie trattate con un filtrato tenuto per un'ora a 70° per due giorni consecutivi, diedero positiva la ricerca dei bacilli di Koch e così pure altre cavie trattate con materiale preso da queste due cavie.

Fra gli animali iniettati con filtrato tenuto per un'ora nell'acqua, in ebollizione, una cavia di primo innesto ed una di secondo innesto dimostrarono la presenza di bacilli di Koch.

Fra le cavie iniettate con un infiltrato tenuto per un'ora a 100° in una fu possibile dimostrare la presenza di bacilli di Koch.

I dottori C. GIORDANO e B. COSSU riferiscono *sull'influenza dell'adrenalina sul tasso di glutatione del sangue.*

Sopra un caso non comune di ipersensibilità multipla.

Dott. A. CIONINI. — La p. presentava una ipersensibilità all'uovo di gallina (al bianco ed al tuorlo), che si era rivelata verso gli otto anni ed una ipersensibilità alla farina di seme di lino rivelatasi invece verso i 23 anni; la prima aveva provocato una oculo-retinite, la seconda attacchi di asma bronchiale ed edema angioneurotico alle palpebre.

Sulla valutazione comparativa di alcune prove per esplorazione funzionale del fegato.

Dott. B. COSSU e dott. G. OLIVA. — In 11 p. affetti da lesioni del fegato hanno eseguito l'osservazione della galattosuria e contemporanea glicemia e galattosemia e la prova dell'acidosi provocata.

In tutti i casi le due prove associate hanno dato esito positivo, mentre considerate isolatamente solo in quattro casi hanno fallito allo scopo.

Influenza della sorbite sul tasso glicemico e sul ricambio respiratorio di individui sani, epato-pazienti e diabetici.

Dott. V. G. BARONE. — Ha ottenuto risultati che depongono per una buona tolleranza della sionite o sorbite, da parte di sani, di epatopazienti e di diabetici lievi e medi; scarsa iperglicemia, non aumento di eventuale glicosuria, aumento del quoziente respiratorio, scarso effetto dinamico specifico. Nei diabetici gravi, per quanto in minor grado che col glucosio, ha notato, anche dopo sionite, iperglicemia e aumento della glicosuria.

L'alterazione del ricambio idrocarbonato nella polmonite lobare e suo trattamento insulinico.

Dott. R. UCCHEDDU. — La curva glicemica giornaliera mostra nei polmonitici lobari oscillazioni più ampie e valori più elevati che nella norma e che nella prova della iperglicemia alimentare, si ha un periodo di iperglicemia molto prolungato ed una discesa lenta della curva.

In un secondo gruppo ha studiato l'influenza della insulina sulla iperglicemia giornaliera e sull'andamento generale della malattia: la prima ha presentato oscillazioni minori e valori meno elevati in misura più o meno rilevante; il decorso clinico nella maggior parte dei casi è stato favorevole con segni evidenti di miglioramento delle condizioni generali degli ammalati, con la crisi in alcuni alla 3ª o in 5ª giornata, in altri in 7ª.

VILLATA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

OSPEDALE CIVILE DI SCANSANO.

Su di una poco conosciuta controindicazione alla rachianestesia

per il dott. GIORGIO BABINI, chirurgo primario.

Nel 1929, durante il mio servizio di aiuto all'Ospedale Civile di Ravenna, nella Sezione Chirurgica diretta dal mio maestro prof. Ortali, pubblicavo, in un noto giornale medico milanese (G. BABINI. *Mille atti operatori compiuti in rachianestesia.* « Gazz. degli Osp. e Clin. », n. 10), i risultati di un mio studio sopra un numerosissimo gruppo di Rachianestesie eseguite dal 1920 al novembre 1928 in quell'Ospedale, e, dati gli ottimi risultati ottenuti, non nascondevo il mio entusiasmo.

Era da poco finito il Congresso Francese di Chirurgia 1928 in cui uno dei temi all'ordine del giorno era appunto stato la Rachianestesia e Forgue e Basset avevano presentato una dottissima relazione che fu divulgata in tutta la stampa medica mondiale.

La questione era perciò di piena attualità, ed intorno alle conclusioni dei due illustri chirurghi francesi si era levato gran clamore: da una parte i difensori ad oltranza del metodo, dall'altra, inconciliabili gli avversari.

In tale stato di cose io scrivevo testualmente: « La mia opinione è che ottimismo e pes« simismo siano due pessimi consiglieri, e « che non possa esistere critica vera, lauda« bile, critica cioè dalla quale possano scatu« rire insegnamenti e risultati di prezioso au« silio alla pratica quando in una discussione « si parta da uno qualsiasi di questi presup« posti... sarà quindi bene io credo che chi « ha una larga esperienza nei riguardi della « rachianestesia pubblichi con piena serenità « di spirito e senza preconcetti, i risultati ot« tenuti... tornerà di grande onore ai Chirur« ghi di usare il metodo, studiarlo, affinarlo, « perfezionarlo in modo di ridurre al minimo « gli insuccessi e gli incidenti, e di dare così « una nuova potentissima arma alla nostra « Arte ».

Da allora ad oggi un altro numeroso gruppo di Rachianestesie eseguite sia all'Ospedale di Ravenna, sia in questo Ospedale, mi hanno sempre più persuaso dell'eccellenza del metodo, che, quando sia usato nei dovuti modi rende ottimi servizi, e risparmia al chirurgo dolori e delusioni, mentre offre a moltissimi ammalati, che sotto altra forma di anestesia non potrebbero essere sottoposti nemmeno a minimi interventi, il mezzo di poter beneficiare dei più ardui atti operativi della moderna chirurgia.

Credo perciò mio dovere preciso, sia in omaggio alla serenità di spirito, sia allo scopo di rendere meno pericoloso e più maneggevole il metodo dell'anestesia lombare, pubblicare questo disgraziato caso della mia pratica, in cui la morte dell'ammalata deve attribuirsi esclusivamente alla Rachi ed in cui ho creduto di scorgere sufficienti elementi per poter fissare una nuova controindicazione al metodo.

Nel titolo di questo articolo ho scritto: « Su di una poco conosciuta »: in realtà avrei dovuto scrivere: « Su di una sconosciuta controindicazione alla rachianestesia ». Difatti da quando io pubblicai il mio precedente lavoro ad oggi mi sono tenuto al corrente della letteratura mondiale sull'argomento, ma da nessuno autore ho mai visto accennata tale controindicazione; a buona ragione perciò dovrei aggiudicarmi la priorità dell'osservazione, ma per prudenza, dato che qualche articolo sull'argomento potrebbe essermi sfuggito, mantengo il titolo.

***

Quali sono i fattori per cui si ritiene non doversi praticare l'anestesia lombare?...

A parte gli autori che, come il Pieri, usano sempre il metodo senza tener conto di nulla, esclusa la giovane età del paziente, la maggior parte dei chirurghi ammettono, concordemente, oltre alla controindicazione dell'età, le seguenti:

a) l'ipotensione;

b) gli atti operatori sull'addome alto;

c) l'eccitabilità estrema di alcuni individui;

d) gli stati settici gravi.

(Io particolarmente però debbo dire che non condivido l'opinione dei colleghi nei riguardi degli stati settici, avendo osservato una mortalità molto inferiore negli appendicitici in preda a processi gangrenosi, peritonitici e perforativi operati in rachianestesia, in confronto di quelli operati con altra forma di narcosi).

A queste controindicazioni io credo se ne debba aggiungere un'altra e cioè le *notevoli*

deformazioni della colonna vertebrale ed in particolar modo la lordosi spiccata.

Il caso che ora descriverò è dimostrativo.

Molti mi potranno osservare che il più delle volte, in presenza di una notevole deformazione della colonna viene praticata senz'altro la narcosi generale in vista della difficoltà tecnica di eseguire la puntura: ma siccome può succedere — ed a me è successo — che chi ha molta pratica e molta fiducia nella rachi difficilmente rinunci *a priori* a tale forma di anestesia, specie negli atti operatori gravi dove la narcosi rappresenta sempre un'incognita, è bene che il caso sia reso noto.

* * *

G. Teresa, anni 24, colona, Sorano.

Gravidanza al nono mese. Viziatura pelvica di 3° grado.

La donna entra in ospedale dietro mio consiglio per essere sottoposta, desiderando un figlio vivo, a taglio cesareo.

Racconta che da bimba fu ammalata di coxite destra per cui fu ricoverata lungamente in diversi ospedali e sottoposta ad atti operativi: difatti alla radice della coscia si notano le traccie di tre antiche ferite operatorie.

Presenta anchilosi dell'arto inferiore di destra che è posto in forte flessione sul bacino e che è molto accorciato (circa venti cm.) in confronto di quello di sinistra. Il bacino deforme ed obliquo presenta una *coniugata vera* di 65 mm. La colonna è fortemente deforme e presenta una scoliosi a carico delle vertebre toraciche ed una scoliosi associata a notevolissima lordosi in corrispondenza delle vertebre lombari.

Nulla di notevole a carico dei grandi apparati organici. Nulla nell'urina se si toglie una lievissima traccia d'albumina, non accompagnata da alcun che di patologico nel sedimento.

L'utero è grosso come nella gravidanza al nono mese. Battito fetale e soffio uterino normali; all'esplorazione utero chiuso. La donna dice di aver avvertito qualche piccolo dolore fin dal giorno avanti.

La p. era già stata ricoverata in questo Ospedale nell'agosto 1929 per il suo primo parto. Quando entrò allora, era in sopraparto da oltre 48 ore con utero dilatato, acque scolate, temperatura a 38°, testa mobile allo stretto superiore, feto fortemente asfittico giacchè il battito era appena percettibile ed il meconio scolava abbondantemente dai genitali della donna.

Riuscito inutile, come era da prevedersi, qualsiasi tentativo di estrazione col forcipe, fui costretto a praticare una craniotomia e ad estrarre il feto applicando il cranioclaste.

Il decorso fu buono, malgrado il laborioso intervento, la febbre cadde in terza giornata e dopo una diecina di giorni la paziente potè abbandonare l'Ospedale.

Desiderando questa volta la donna un feto vivo, ed avendole io stesso consigliato l'operazione cesarea per evitare il maggior pericolo di una seconda embriotomia, viene deciso l'intervento per la mattina del 17 dicembre 1930.

Prima di decidermi di sottoporre la paziente alla narcosi generale tento la puntura lombare. A parte la mia preferenza per tale forma di anestesia, la pratica mi ha dimostrato che la rachi, nel caso specifico di tale intervento ha dei vantaggi notevolissimi. Difatti l'azione favorevole che la rachi esplica sulla fibra uterina provoca una immediata e duratura riduzione e contrazione dell'utero, tanto che il chirurgo può a cuor sereno omettere qualsiasi forma di tamponamento uterino — cosa sempre antipatica e certamente non immune da pericoli ed insidie — non avendosi mai nemmeno la più piccola emorragia *post-partum.*

La puntura che io credevo difficoltosa riesce invece subito e classicamente, infiggendo l'ago fra la 2ª e 3ª vertebra lombare, ed il liquido fuoriesce limpido e sotto buona pressione. Lasciati colare circa 3 cmc. di liquor innesto la siringa contenente l'anestetico (novocaina ctgr. 9) ed eseguisco l'iniezione nel solito modo, cioè lentissimamente, e dopo aver mescolata la soluzione novocainica col liquor stesso dentro alla siringa per tre o quattro volte.

Nei primi due minuti nulla succede: però non appena l'ammalata è posta in decubito dorsale, *more solito,* col torace un po' elevato sul bacino e la testa fortemente flessa in avanti, le cose che sembravano procedere nel miglior modo possibile, cambiano improvvisamente d'aspetto.

La paziente è colta da deliquio, il colorito si fa pallido, il respiro affannoso, il polso piccolo quasi filiforme: si mettono in pratica tutti i mezzi per rianimare l'ammalata ma per una diecina di minuti le cose restano stazionarie. Deciso di praticare l'iniezione intracardiaca di adrenalina, sto per farla quando l'ammalata comincia a riprendere i sensi e contemporaneamente si nota anche un miglioramento del polso e del respiro. Al termine di cinque minuti la donna è completamente cosciente però non riesce a muovere le braccia. Si ha campo così di notare *che tutto il tronco fino ad una linea passante per le clavicole è completamente anestetizzato.*

Dopo una mezz'ora circa anche il polso ha ripreso quasi il suo tono normale pur conservando un ritmo piuttosto accelerato: l'azione anestetica comincia a scomparire e la donna riprende la sua sensibilità. Da notarsi però *che l'anestesia scompare prima agli arti inferiori piuttosto che al tronco ed alle braccia.* Giudicando che ormai il pericolo fosse scomparso e urgendo compiere l'atto operatorio, essendosi iniziate forti contrazioni uterine, faccio eseguire una leggera eterizzazione e compio con la massima celerità consentita dall'esattezza l'operazione. In poco più di una trentina di minuti tutto è fatto. Sotto l'azione dell'etere, polso e respiro hanno ripreso quasi completamente i loro caratteri.

Tranquillizzato da ciò faccio riportare la donna nel suo letto: e per qualche tempo tutto va bene.

Dopo tre ore però i fatti di collasso si ripetono: si mettono di nuovo in opera tutti i mezzi, nessuno escluso, atti a rianimare l'ammalata, ma con scarsissimo risultato. Si desta il vomito ed il polso seguita a peggiorare: si ha un lieve miglioramento la sera, ma nella notte le condizioni si aggravano sempre più, compare un brusco rialzo termico (39°) e la donna viene rapidamente a morte nel giorno seguente.

Ho detto prima che il caso è caratteristico. Difatti chi mi abbia seguito nella descrizione

avrà notato subito il fatto più saliente: che, cioè, quantunque la puntura lombare fosse stata eseguita e con l'osservanza di tutte le regole di tecnica e nella sede normalmente preferita per gli interventi in cui si debba arrivar col taglio un poco al disopra dell'ombellico, non solo si ebbe collasso immediato ma una azione anestetica completa che raggiungeva il massimo della sua intensità in corrispondenza delle regioni alte del corpo come se si fosse eseguita a bell'apposta una rachianestesia alta alla Jonnesco.

Credo bene qui riportare le parole con cui nel mio precedente articolo riassumevo il meccanismo fisiologico della anestesia lombare. Dicevo: « Il Forgue osserva che la me« scolanza del liquido cefalo-rachidiano con « l'anestetico non può riportarsi ad un fatto « puramente fisico: chè allora, avendosi una « mescolanza omogenea in tutto il liquido, la « rachianestesia sarebbe praticamente impos« sibile.

« In realtà le cose procedono diversamen« te: cioè l'anestetico per le sue qualità neu« rotrope tende ad impregnare immediata« mente gli elementi nervosi ed in partico« lare le radici della coda equina.

« A favorire questa impregnazione imme« diata concorrono le seguenti particolarità: « La scelta dello spazio che corrisponde sem« pre alla regione delle radici; la modicità « dell'estrazione del liquido e la lentezza del« l'iniezione che evitano il formarsi di cor« renti ascensionali rapide; la posizione sedu« ta e la costante elevazione del capo che fa« voriscono, dato il maggior peso specifico « dell'anestetico rispetto al liquor, la diffu« sione in basso piuttosto che in alto. »

« Così dopo pochi minuti la fissazione del« l'anestetico è compiuta: se anche una pic« cola quantità è rimasta disciolta nel liquido « essa è talmente diluita che, anche giungen« do al bulbo, non potrà dare che disturbi « di poco conto ».

Evidentemente nel nostro caso questi fatti fisiologici — per cui io ho visto svolgersi normalmente la rachianestesia più di mille volte — sono stati alterati, anzi capovolti da un fattore insito nella ammalata stessa e che io non so scorgere altro che nella forma patologica della colonna.

È notorio che le deformazioni della colonna portano con sè spesso, oltre ad un'alterazione dei corpi vertebrali, anche un'alterazione degli archi delle vertebre; e che ogni modificazione degli archi porta ad una modificazione dell'ampiezza e della forma del canale rachideo. Troppo noti il fatto e le conseguenze perchè vi insista.

Io reputo perciò che subito a valle del punto in cui ho praticato l'iniezione esistesse un forte restringimento (fra parentesi si noti che in condizioni normali qui, invece, è più ampio che altrove); il liquido anestetico introdotto non ha perciò potuto portarsi in basso, come sempre, in virtù del proprio peso specifico diluendosi così col liquido nella parte inferiore dello spazio sub-aracnoideo, e non ha potuto fissarsi elettivamente su le radici che attraversano tale regione. L'urto, poi, del liquido iniettato con una pressione che quantunque modica è sempre superiore a quella interna, contro l'ostacolo ha determinato, certamente, per ovvie ragioni fisiche, il formarsi di una rapida abnorme corrente ascensionale che ha trascinato con sè l'anestetico immediatamente, prima ancora che avesse il tempo di fissarsi e che è giunto al bulbo, invece che in minime traccie come accade di consueto, in quantità tossica.

Il mio ragionamento è confermato in pieno dalla realtà: collasso, anestesia alta, scomparsa dell'anestesia prima agli arti inferiori piuttosto che agli arti superiori, caduta immediata del polso, che non ha più ripreso completamente il suo carattere, sono i fatti obbiettivamente osservati.

Credo perciò il caso sufficientemente illustrativo e che la controindicazione da me segnalata debba essere presa in seria considerazione.

Forse qualcuno, fra i difensori ad oltranza della rachi, mi potrà obbiettare che in medicina voler generalizzare e fissare una regola da una sola osservazione è sempre azzardato; ma io, senza per ciò far mio il vecchio adagio toscano che dice « meglio aver paura che buscarne », ritengo che quando si deve difendere la vita dei nostri pazienti sia sempre ottima regola affidarsi agli utili insegnamenti che possono venire anche da un unico caso.

RIASSUNTO.

L'A. descrive il caso di una sua ammalata in cui, praticata l'anestesia lombare nel modo consueto, si ebbe una diffusione alta dell'anestetico e collasso seguito da morte. La P. presentava una forte lordosi lombare. L'A. credendo di scorgere in tale deformazione la causa prima del grave accidente, addita il caso all'attenzione dei colleghi e considera le deformazioni della colonna ed in particolare la lordosi spiccata, una precisa controindicazione alla rachianestesia.

Scansano, gennaio 1931.

CASISTICA E TERAPIA.

A proposito della difterite nei vaccinati.

La vaccinazione antidifterica, dice J. Odinet (*Gazette des hôpitaux*, 28 gennaio 1931), trovò la sua completa applicazione pratica dopo i lavori di Ramon e la scoperta dell'anatossina, e numerosi sono ormai i risultati favorevoli ottenuti con tale vaccinazione. In questi ultimi tempi però alcune critiche furono sollevate contro questo metodo di profilassi tanto che la Società di Pediatria volle incaricare una competente Commissione di studiare i casi pubblicati e di ricercare le cause e la frequenza degli insuccessi e dei metodi per evitarli. Dai lavori di questa Commissione si deduce che gli insuccessi delle vaccinazioni sono dovuti in gran parte ad errori di tecnica della vaccinazione stessa, e più specialmente alle iniezioni troppo ravvicinate.

Il presentarsi di casi di difterite in bambini correttamente vaccinati non deve del resto meravigliare perchè si sa che vi sono bambini refrattari ad ogni vaccinazione (il 4 % circa). In vista appunto di questa speciale resistenza alcuni autori consiglierebbero una quarta iniezione di anatossina nei bambini nei quali la reazione di Schick resti positiva dopo la terza iniezione.

In ogni modo i casi di difterite nei vaccinati furono in linea generale benigni e solo da qualche autore sono descritti casi gravi e mortali.

Le conclusioni pratiche fatte dall'A. sarebbero dunque:

1) Innanzi tutto occorre fare la vaccinazione correttamente, vale a dire praticare 3 iniezioni d'anatossina (0,5-1-1,5) con intervalli di 20 giorni tra le due prime e 15 giorni tra la seconda e la terza.

2) La notizia dell'avvenuta vaccinazione non deve far escludere a priori la diagnosi di difterite: in presenza di un'angina sospetta, si deve usare subito il siero.

3) L'età opportuna della vaccinazione va dai 18 mesi ai 10 anni: la vaccinazione fatta precocemente può essere inefficace e fatta dopo i 10 anni può dar luogo a qualche inconveniente.

Resta stabilito che la vaccinazione antidifterica è fino ad oggi il mezzo migliore di profilassi. C. NERVI.

Il contenuto antidifterotossico nel sangue del neonato normale e di quello nato da madre trattata con anatossina di Ramon.

In 18 neonati normali, in 6 lattanti di età varia da 40 giorni a 4 mesi, e in 14 neonati da madre che era stata sottoposta, dal 7° mese di gravidanza, alla vaccinazione antidifterica, con l'anatossina di Ramon, C. Sorrentino (*La Pediatria*, n. 16, 15 agosto 1931) ha ricercato il contenuto antidifterotossico nel sangue, usando il metodo di Römer.

Le conclusioni alle quali giunge sono: 1° che il neonato nasce per lo più provvisto di notevole quantità di tossina antidifterica nel sangue; 2° che dalla madre al feto, per via placentare, si trasmette l'antitossina; 3° che tra tasso antitossico materno e neonatale esiste un parallelismo diretto; 4° che, su tale base, è possibile vaccinare il neonato vaccinando la madre negli ultimi mesi di gestazione.

M. FABERI.

Le applicazioni di raggi Roentgen nella sterilizzazione dei portatori di bacilli difterici.

Tale mezzo di sterilizzazione è stato applicato da R. Wahl (*Deut. Med. Woch.*, 13 febb. 1931) in diversi casi in cui persisteva dopo la fase acuta il reperto di bacilli difterici nella gola o nel naso.

L'irradiazione fu diretta sull'angolo della mandibola, verso la tonsilla palatina, o, rispettivamente, sulle narici, in posizione orizzontale.

La maggior parte dei soggetti portatori di bacilli difterici, ed anche di streptococchi e meningococchi, risultarono sterilizzati dopo la prima applicazione; e solo in pochi casi bisognò ripeterla 2-3 volte, considerando in ogni modo negativi i reperti restati tali per 3 volte, 3 settimane dopo l'irradiazione.

Il metodo sarebbe quindi indicato specialmente per quei tenaci portatori, che resistono ad ogni tentativo terapeutico.

M. FABERI.

Tracheotomia od intubazione nella laringostenosi difterica?

L'argomento, su cui discute E. Leo (*Il Valsalva*, giugno 1931) è del massimo interesse pratico tanto più che dopo l'introduzione del metodo di intubazione, la tracheotomia si pratica assai più raramente, mentre in certi casi presenta notevoli vantaggi sulla prima. Il concetto è ribadito in un commento del prof. Bilancioni il quale distingue fra intubazione praticata d'urgenza in un caso acuto per salvare l'individuo dall'asfissia, ed in cui il tubo si tiene per 1-2 giorni ed *intubazione cronica*, in cui essa viene ripetuta, spesso attraverso diverse mani e meno che sufficiente abilità, per varie settimane e talora più volte nella stessa giornata, con danni spesso irreparabili per la funzione dell'organo vocale e, sovente, anche per la vita dell'individuo.

Il prof. Leo, nel suo lavoro, corredato da copiosa bibliografia, osserva anzitutto che l'intubazione non ha scopo nelle forme in cui l'infezione difterica discende anche nella trachea. Sovente, poi, in dipendenza dei decubiti prodotti dal tubo sulla mucosa laringea, si hanno emorragie talora gravi e difficilmente frena-

bili ed ulcerazioni della laringe. Il tubo ha inoltre azione di tampone per cui ne viene impedita l'eliminazione di essudati oppure, se non è a stretta tenuta, può verificarsi l'inconveniente dell'estubazione spontanea, con pericolo di asfissia, donde il consiglio di non abbandonare mai gli individui intubati in seno alla famiglia, tanto più che le modalità per fissare il tubo non danno piena garanzia.

Non bisogna poi credere che l'intubazione sia facile e sicura come può apparire a primo acchito: indaginosità della ricerca dei punti di repere, difficoltà di tenere ben fermo il bambino, possibilità di penetrazione nell'esofago, di false strade, di apnea o di sincope, brusca ostruzione del tubo sono difficoltà ed evenienze non rare. La permanenza del tubo nella cavità orale procura grande molestia all'infermo e diviene causa frequente di estubazione spontanea; vi si aggiunga l'insopprimibile difficoltà di deglutire, che costituisce pure un inconveniente di non piccolo momento.

Nè sono da trascurare gli esiti (stenosi, paresi o paralisi delle corde vocali, ecc.) che si possono verificare anche con la tracheotomia, ma sono tuttavia meno gravi che con l'intubazione.

L'A. ribatte poi le obbiezioni che si fanno alla tracheotomia e considera la tecnica più adatta per questa che risulta così un metodo più scevro di difficoltà e di inconvenienti e meglio rispondente al fine.

L'A. consiglia la tracheotomia inferiore, da non farsi però con l'incisione trasversale piccola della trachea preconizzata da Leede.

fil.

Contro le spennellature della gola nei bambini.

E. Feldstein (*Jour. des praticiens*, 17 genn. 1931) fa rilevare che vi sono delle prescrizioni classiche che troppo spesso vengono consigliate nella pratica quotidiana: i suppositori di chinina nella febbre, le instillazioni di glicerina fenicata nell'otite e le spennellature della gola contro le angine. Ci si può domandare se tali prescrizioni siano ancora da farsi al giorno d'oggi e, frattanto, l'A. si occupa di una di esse; le spennellature della gola. Parecchi sono i rimproveri che ad esse possono muoversi.

1) Affidate alla madre di famiglia, esse sono fatte in condizioni ben difettose: essa tenta di applicare il suo portacotone (spesso un lapis) sulla gola di un bambino indocile che si agita continuamente. In tal modo si può anzi tutto provocare uno spasmo, spesso bene sgradito specialmete nel poppante. Ad ogni modo, lo « strumento » viene spesso ritirato sporco di sangue e l'operatore non è in grado di dire se ha raggiunto lo scopo.

2) Il trattamento è illusorio perchè, se anche il bambino lascia fare, la spennellatura non fa che lambire la superficie mentre l'infezione si trova più o meno profondamente.

3) Se il colluttorio è anodino, la sua azione è nulla, se è energico l'azione è invece eccessiva e ciò specialmente per le preparazioni jodate, fenicate, salolate e per diverse specialità, le quali tutte hanno azione caustica e possono provocare delle angine artificiali; il rimedio è quindi peggiore del male.

4) Le spennellature delle amigdale costituiscono un vero traumatismo che, oltre al dare delle piccole emorragie, può fare dei nuovi insemenzamenti di germi.

Ormai tutti sono d'accordo col proscrivere le spennellature, anche perchè, trattandosi di infezioni generali, esse sono inefficaci.

In un sol caso potranno prescriversi, cioè nell'angina ulcerosa fuso-spirillare, in cui esse saranno praticate unicamente dal medico che, con una buona illuminazione e con un bambino tenuto a dovere, potrà portare il medicamento in punti utili. *fil.*

SEMEIOTICA.

Patofisiologia dei dolori da fame.

Oline Christensen (*Acta Medica Scandinavica*, Suppl. XXXVII, 1931) ha studiato molto accuratamente il dolore da fame in 66 ammalati col metodo della gastrografia applicata con metodo originale, che permette di registrare la motilità gastrica per ore consecutive (prima, durante e dopo il dolore da fame). Queste ricerche sono state precedute da indagini sullo stomaco normale.

Sullo stomaco normafe fu osservato che:

1) lo stomaco vuoto o quasi vuoto ha periodi alternanti di contrazioni vigorose e di quasi assoluto riposo;

2) quando lo stomaco contiene qualcosa tanto le contrazioni vigorose che il riposo assoluto sono sostituiti da contrazioni deboli (riposo relativo);

3) la quantità di liquidi o di solidi che provoca riposo relativo dipende da fattori individuali (in alcuni bastano 200 cc. di acqua, in altri ne occorrono 400) e dalla natura del liquido o del solido;

4) non c'è rapporto fra le varie fasi delle contrazioni a digiuno e le variazioni spontanee dell'acidità del succo gastrico;

5) i periodi di riposo più lunghi si hanno con pasto ricco di proteine e contenente grassi oppure con uova e latte.

Sui malati che presentano dolori da fame l'A. ha osservato che:

1) i dolori da fame sono associati a contrazioni vigorose dello stomaco vuoto o quasi;

2) le contrazioni sono dolorose anche senza essere più vigorose che normalmente;

3) quando il dolore è calmato dall'ingestione di cibo, si ha riposo relativo che si sostituisce alle contrazioni vigorose;

4) il fatto che le contrazioni sono dolorose in certi giorni e in certe ore e non in altri giorni e in altre ore non dipende da modificazioni del potere peristaltico nè da variazioni nell'acidità del succo gastrico, ma, probabilmente, dalle condizioni dei tessuti (gastrite pilorica);

5) la dieta uova-latte dà i migliori risultati nella cura del dolore da fame, perchè dà riposo relativo più prolungato e più pronunziato.

R. LUSENA.

MEDICINA SOCIALE.

Il problema della carie dentaria.

La convinzione che i denti difettosi possono rappresentare spesso focolai d'infezione, ha fatto sì che i denti, da qualche tempo, siano oggetto di maggior cura e l'etiologia della caria dentaria richiami sempre più l'attenzione degli studiosi. L'età è un fattore di minore resistenza per la carie dentaria, che si mostra particolarmente frequente dai 7 ai 20 anni.

R. W. Biniting, F. P. Hadley, P. L. Jay e G. Hard (*The Am. Jour. of Diseas of Children*, 1930, 536) hanno sottoposto ad osservazione per un periodo di circa 1 anno, un rilevante numero di bambini, di cui la maggior parte vivevano in Istituti Statali e quindi facili ad essere controllati. Essi furono così suddivisi: Due primi gruppi, furono alimentati con una dieta completa (latte, vegetali verdi, frutta ecc.); solo lo zucchero era limitato alla stretta quantità necessaria.

Tale regime era completato giornalmente da un accurato lavaggio boccale, con un antisettico.

Al termine del periodo d'osservazione gli AA. riscontrarono appena il 5-6% vi carie dentarie. In un terzo gruppo, invece che dopo scuola si recavano a casa, fu fatto solo un controllo dell'asepsi boccale, senza tener conto di quello che mangiavano in famiglia. Dopo 9 mesi nel 50 % dei bambini si constatava carie dentaria.

In un quarto gruppo, sottoposto a dieta completa, omettendo il lavaggio boccale fu notato il 5 % di carie dentaria; infine un quinto gruppo, senza dieta e senza lavaggio, al termine del periodo di osservazione, presentava il 49 % di carie dentaria.

Tale insieme di osservazioni pur non risolvendo senza dubbio il problema della patogenesi della carie dentaria, fa tuttavia risaltare l'importanza del regime nell'accrescimento e nel mantenimento dei denti.

Fa ritenere inoltre che i regimi completi rinforzano lo smalto contro gli effetti delle sostanze nella bocca.

A. POZZI.

VARIA.

Il pudore.

Il pudore è un riflesso complesso psichico, vasomotorio, motorio strettamente legato alla funzione sessuale.

Come sentimento è analogo alla paura, come atto è una difesa, come origine e finalità tende ad eccitare ed insieme frenare l'impulso erotico ed a favorire la selezione sessuale.

Il pudore è un fatto fisiologico, la morale l'ha perfezionato e lo sfrutta per la correzione degli eccessi sessuali, l'educazione può modificarlo, conferirgli elementi consoni allo stato di civiltà, ma fondamentalmente è un istinto, un attributo essenziale dell'amore.

Negli animali il pudore inteso come sentimento atto a velare e nascondere tutto ciò che sa di sesso non esiste. Essi si accoppiano liberamente. Pudichi sembrerebbero i gatti che tendono a compiere appartati l'atto sessuale. Ma questa loro riservatezza può essere spiegata con il desiderio di evitare ogni disturbo, sia da parte dell'uomo e di altri animali, e più di tutto di altri gatti per i quali la vista dell'amplesso dei loro simili costituisce una pericolosa eccitazione.

Tuttavia se il pudore non esiste negli animali, nelle forme e nella complessità che si riscontrano nell'uomo, è certo che essi nella loro attività erotica hanno manifestazioni che possono considerarsi come gli elementi primitivi del pudore, la fuga della femmina davanti al maschio aggressivo: fuga che è insieme atto di difesa e di eccitazione.

Nell'uomo il pudore oltre a questo componente schiettamente motorio, ne ha altri, in rapporto al maggiore sviluppo psico-fisiologico, che vanno da reazioni vaso-motorie a manifestazioni del linguaggio.

Il fenomeno vasomotorio più caratteristico è l'arrossamento del volto.

Il rossore è il segno più banale ed evidente del pudore.

Questo riflesso è il concomitante fisiologico della paura e del desiderio sessuale. Ed in fondo nei suoi elementi ancestrali il pudore è la risultante di due emozioni antagoniste: la paura dell'aggressione del maschio ed il piacere erotico.

Dell'origine puramente sessuale di questo riflesso danno prova le donne stesse che hanno il pudore del loro pudore. Molte donne tentano di dissimulare il loro rossore nascondendosi il viso con le mani o coprendolo con un oggetto qualsiasi, o addirittura sottraendosi dalla vista dell'uomo che ha provocata la sensazione. La maschera durante il carnevale oltre allo scopo di non far riconoscere

le persone, ha per le donne anche quello di nascondere l'eretismo sessuale.

A seconda della costituzione individuale e dell'intensità dell'emozione la vaso-dilatazione sottocutanea del volto può essere accompagnata da altri fenomeni riflessi quali il tremore, lo spasmo faringeo, ronzii, parestesie varie e simili.

I componenti motori del pudore nella donna evoluta sono molto complessi. Si tratta di movimenti, di gesti, di attitudini tendenti a coprire le parti sessualmente più eccitanti e più eccitabili, come se la donna avesse paura di mettere in furore erotico l'uomo e di abbandonarsi troppo facilmente.

La rappresentazione plastica del pudore nella donna civile è data mirabilmente dalla Venere medicea. La dea si rannicchia, stringe le coscie, volge il dorso e la testa, con una mano si copre il seno e con l'altra il pube.

Questo atteggiamento naturale fu successivamente perfezionato con l'uso di oggetti atti a nascondere le zone erogene. Nacque così l'uso delle coperture, del vestito la cui origine non è legata a necessità di proteggersi dalle intemperie, ma appunto al sentimento del pudore.

La simbolica foglia di fico può considerarsi come l'abito elementare. Successivamente essa si allargò fino a coprire tutto il corpo.

L'origine sessuale dell'abito è dimostrata anche dal fatto che esso divenne con il tempo ornamento e quindi motivo di attrazione. Anzi l'elemento estetico ha preceduto quello protettivo fino al punto che lo scopo di dissimulazione è sostituito da quello di attrazione. Le vesti nelle donne di tutte le civiltà nascondono certe parti per meglio metterle in evidenza. Lungi dall'essere inibitrici del desiderio sessuale, lo eccitano.

Oltre che con la modestia dei movimenti e con la castigatezza degli abiti il pudore si manifesta con la riserva del linguaggio. Le donne temono più il dire cose impudiche che commetterle. Le parole indicanti cose e fatti sessuali a misura che diventano di uso comune e di chiaro significato sono sostituite da altre riferentisi ad altri oggetti, ad altre azioni. Il linguaggio chiaro, aperto sulle cose sessuali diventa oscuro, e come tale evitato e si ricorre per la designazione delle stesse cose ad eufemismi dettati dal pudore.

Il pudore come carattere secondario della funzione sessuale si manifesta nell'età nella quale sbocciano le prime sensazioni erotiche e si affievolisce con l'indebolimento dell'attività genitale. I bambini non hanno pudore: si mostrano completamente nudi senza alcuna vergogna, ascoltano i discorsi osceni e talvolta li ripetono inconsci senza arrossire. I vecchi sono meno pudichi dei giovani e degli adulti. In rapporto alla diversità dell'inizio della pubertà, e più precoce nelle donne che negli uomini.

Varie circostanze possono indebolire il pudore: la degenerazione psichica, l'abitudine, le emozioni violente, il dolore, le intossicazioni da alcool, oppio, cocaina e simili.

L'analisi dei componenti psico-somatici del pudore dimostra che dal punto di vista biologico esso ha la finalità di aumentare le attrattive della donna e quindi esacerbare il desiderio del maschio e dall'altra tende ad assicurare la selezione naturale.

L'arrossamento del volto, i gesti, le attitudini che accompagnano il pudore, gli artifizi dell'acconciamento che inizialmente sono suggeriti dallo stesso sentimento conferiscono alla donna una grazia deliziosa, che acuisce il desiderio dell'uomo e ne rafforza la potenzialità erotica.

D'altra parte come elemento difensivo il pudore protegge la donna dagli assalti del primo venuto e la fa cedere solo all'uomo veramente forte.

Reciprocamente il pudore essendo più forte nelle donne che hanno qualche imperfezione o malattia da nascondere fa sì che esse cedono meno facilmente all'accoppiamento e non facilmente quindi procreino.

Alla finalità estetica si aggiunge quella eugenica.

Il pudore ha sublimato l'amore.

Ha conferito alla funzione genitale l'elemento spirituale che caratterizza l'amore umano, e lo distingue dalla funzione sessuale degli animali.

Il sentimento del pudore è divenuto una stratificazione morale della personalità umana. Esso tende a respingere continuamente nei bassifondi dell'inconscio tutto ciò che di perverso e di bestiale ancora insozza l'erotismo, e cerca di dare all'amore attributi divini.

argo.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. S. M. di B., abb. 4028:

Le indichiamo:

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia, Milano, R. Clinica dermosifilopatica dell'Università, Via Pace 9; pubblicato e redatto da A. Bertarelli, A. Pasini, A. Bellini.

Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia, Bologna, ed. L. Cappelli. Direttore: prof. L. Martinotti.

Il Dermosifilografo Torino, Via Martiri Fascisti 15. Direttori: professori J. Cappelli, G. Mariani, E. Bizzozero.

V. Montesano.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

NOTE MEDICO-LEGALI.

Percosse e lesioni nell'applicazione del nuovo Codice penale.

Espongo, per risalire a considerazioni di carattere generale, il seguente caso particolare.

M. N., dopo aver appostato, all'uscita del convegno, il marito adultero F. L., lo investì di clamorose invettive. Questi violentemente reagì con vie di fatto. Imprigionato, ne uscì al sesto giorno per libertà provvisoria; la moglie, condotta all'ospedale, ne fu subito dimessa con certificato constatante contusioni, ecchimosi ed escoriazioni guaribili in giorni dodici.

Peraltro, in sede di perizia giudiziaria, non si riscontrarono, al decimo giorno, che *un leggero alone azzurrastro al tronco*, una *stria al ginocchio s. di color violaceo* e null'altro: la guarigione fu fissata al *sesto* giorno.

Col Codice Zanardelli il banale episodio, speditamente tacitato con la riconciliazione dei coniugi, sarebbe stato in sede di giustizia liquidato senz'altro, per improcedibilità di azione.

Non così col Codice nuovo. Le lesioni, se guarite infra dieci giorni, sono bensì considerate reato di lieve entità, da richiedere la querela di parte; sempre, però, che non si tratti di coniugi, di fratelli, di adottati, o di affini in linea retta (art. 577, richiamato dall'art. 585 a sua volta richiamato dal 582, che contiene la nozione del reato): in codesti casi si procede di ufficio.

Parrebbe che il rapporto di parentela dovesse, se mai, allargare i limiti rimessi alla privata facoltà di tacitazione, o di remissione; perchè — consentita a favore di estranei — non si vede il motivo di escluderla verso un parente, o un affine.

Ma la legge è quello che è. Peraltro se *adducere inconveniens non est solvere argumentum*, le conseguenze poco ammissibili valgono spesso ad orientare verso il criterio di una più esatta interpretazione. Nella specie, sia pur vero che la maggior severità delle nuove disposizioni valgano a tutelare più efficacemente il bene giuridico della incolumità personale contro gli attentati dei congiunti; ma è anche certo che l'eccessivo rigore porta a incongruenze; quella per es., di rendere giuridicamente irrilevante lo slancio di buon cuore della suocera, disposta a perdonare il pizzicotto del genero...

Codesto maggior rigore deve avere una spiegazione ed un temperamento. La spiegazione è nel fatto che il nuovo codice ha configurato, accanto al reato di lesioni, un nuovo reato, quello di *percosse* (perseguibile sempre a querela privata); il temperamento sta nel giusto apprezzamento degli estremi di questa nuova figura di reato.

Percosse e lesioni hanno comune l'elemento materiale e quello intenzionale (dolo). Il criterio differenziale è riposto unicamente nelle conseguenze; le quali, costituendo una specie di rischio cui si espone l'agente, sono poste a suo carico a titolo di responsabilità obbiettiva. La differenza consiste precisamente in questo: se dal fatto non deriva *malattia*, si ha reato di percosse; si ha invece reato di lesioni, se ne derivi malattia di corpo o di mente.

Eccoci, dunque, al caso generale. La questione si impernia tutta nello stabilire i caratteri essenziali, patognomonici: i limiti e le condizioni del concetto di *malattia* sotto il profilo medico-legale.

Una spiegazione trovasi a pag. 915 (Vol. II) del Commento al nuovo codice degli avv. Saltelli e Romano di Falco, di carattere quasi officioso, per essere stati i segretari della Commissione che lo elaborò; e dice precisamente: *Malattia è qualsiasi alterazione anatomica o funzionale dell'organismo, ancorchè localizzata e non influente sulle condizioni organiche generali;* parole che con leggerissime varianti, ripetono quelle della Relazione del Guardasigilli (N. 666).

Senonchè, sulla esattezza della definizione, vien fatto di pensare che vi corrisponderebbero puntualmente alterazioni anatomiche-funzionali, che per concorde giudizio non costituiscono malattia. Ad es., le cicatrici pregresse, le ecchimosi nella fase terminale del riassorbimento, le croste nel processo di riparazione epidermica, ecc. Che se, girando argutamente la posizione, si volesse tener ferma l'esattezza della suddetta definizione ai soli fini dell'applicazione della norma penale, deducendo che la esemplificazione capovolge il processo morboso, di cui i suddetti fenomeni non sono che postumi, e niuno può produrli se non come *effetto di malattia;* si potrà sempre soggiungere che la definizione sopra riportata include nel concetto di malattia, con conseguente minaccia di sanzione penale per lesioni, i più semplici e circoscritti ematomi, le vescicole di semplici scottature, gli eritemi ecc. che possono essere *effetti immediati di azione volontaria.*

Viene fatto altresì di pensare alla spaventosa elasticità del concetto di malattia.

Per aversi malattia di un militare al fronte era necessaria la conclamazione di un processo patologico imponente; per rendere giuridicamente inefficace il perdono di un fratello, ogni risentimento organico effimero ed insignificante costituirebbe malattia.

Sarà quindi opportuno cercare di inquadrare il concetto di malattia, sempre sotto il profilo medico-legale, in termini meno elastici, specialmente agli effetti pratici dell'applicazione del nuovo codice.

A tale effetto non è da trascurarsi l'interpretazione basata sulla comune intelligenza, ossia sul significato letterale della parola. Infatti nella cennata Relazione S. E. il Guardasigilli rende avvertiti di avere, in accoglimento di proposta della Commissione Ministeriale, abbandonata la parola *trauma* usata nel Progetto per definire la lesione personale, e stabilito invece di concretare la nozione di codesto reato nell'azione od omissione produttiva di una *malattia* del corpo, o della mente. *E ciò per evitare nelle disposizioni del Codice l'uso di espressioni di cui non sia pacifico il significato* (luogo citato).

Ed allora, riportandosi al linguaggio comune, è manifesta l'invincibile ripugnanza a considerare malattia ogni effimero risentimento, ogni leggera tumefazione, ogni lividura, ogni semplicissimo sgraffio. Invece, per comune accezione, onde ammettersi l'idea di malattia, occorre perfino qualche cosa di più grave di quello che rappresentino le parole: indisposizione, incomodo, turbamento, flussione, ed anche batosta, sconcerto, le quali sono pure usate a denotare uno stato di maggior gravità, che non i semplici fenomeni sopra accennati.

Il concetto di malattia è ritenuto, allorchè si abbia davvero un'alterazione dell'esercizio di una o più funzioni; una lesione di uno o più organi del corpo umano (Tommaseo, Fanfani) e sorge dalla constatazione dell'alterato comportamento degli atti funzionali, o dalle lesioni anatomiche, che si producono nella economia organica quando sia sottoposta a cause morbose (Premoli).

Fuori di codesti casi, per comune intelligenza, non c'è malattia: potrà sorgere la figura di un malato immaginario, argomento di scherzevoli facezie che argutamente giungono anche a spezzettare l'idea di malattia. (Non è mal che canti prete; Sanità senza quattrini è mezza malattia!)

D'altronde, codesta concezione non è poi molto diversa dal concetto elaboratosi sotto il profilo rigorosamente scientifico, nè contrastante con esso. Secondo il quale, se non è punto facile trovare una formula che soddisfi compiutamente; se deve ammettersi che il passaggio dalle condizioni fisiologiche alle patologiche avviene talora lento e gradualmente inavvertibile; deve anche per certo escludersi il concetto ontologico di cosa esistente di per sè stessa, che si sovrapponga all'uomo sano, e deve ritenersi consistere la malattia in una deviazione dei processi biologici e rappresentare un insieme di fenomeni dell'organismo sottoposto a causa morbigena.

In altre parole, la malattia deve considerarsi l'insieme delle alterazioni morfologiche e funzionali sotto l'influenza di cause abnormi.

Posta in tal modo la questione, ne risulta avvantaggiata, ma non ancora raggiunta, la soluzione; rimanendo a stabilire i caratteri di rilevanza, e cioè il *concetto limite, sotto il profilo medico-legale*, per non cadere in esagerazioni.

E per codesta ulteriore soluzione sembra giusto segnare i seguenti concetti:

Repugnanza a piegare il significato della parola malattia a comprendere ogni insignificante e minima alterazione;

Concetto apprezzativo dello stesso legislatore nella graduazione delle lesioni (lievissime, lievi, gravi e gravissime), pel quale sono considerate lievissime quelle pur capaci di apportare malattia per dieci giorni, e solamente gravi quelle che provocano malattia per ben quaranta (nel progetto era trenta) giorni;

Manifesta antinomia fra lo spirito non certo derivato da rigorosa severità di codesta graduazione, ed il concetto austeramente rigido di dover ravvisare malattia nelle irrilevanti conseguenze di ogni minima lesione organica o alterazione funzionale;

La correlazione fra le parole *percosse* e *malattia* usate dalla legge (dato che lo stesso fatto materiale cessa di configurare reato di percosse per divenire reato di lesioni per la insorgenza di malattia) è una specie di rapporto inverso. Allargando il concetto di malattia, si restringe la reale efficienza delle percosse. Il reato di percosse (per il quale è pur comminata la pena fino a sei mesi di reclusione) diviene evanescente: non potrebbe sussistere se non a seguito di percosse con bastone di bambagia, o coi guanti... Ma esulerà anche in questo caso, poichè saremo di fronte non più ad un reato contro la incolumità, ma contro l'onore (ingiuria).

Se dunque, deliberatamente — come è detto — è stata scartata la parola *trauma*, a fine di evitare dubbiezze, e si è usata la parola *malattia* come quella meglio adatta alla rappresentazione di un concetto incontrovertibile, e si debba risolutamente respingere di essere caduti nel peggio, è d'uopo riferirsi al significato di malattia secondo vulgata; entro i limiti cioè della comune accezione e della universale intelligenza.

Si devono quindi separare dalla interpretazione medico-legale e lasciare ad altri campi le disquisizioni, se sotto altri e diversi profili possono considerarsi malattia, ad es., la gravidanza, certi fenomeni della menopausa, i fatti della senescenza, ecc.

In base a tali considerazioni e concetti *limite*, tenuta presente nel caso surriferito la esclusione assoluta di quello che i vecchi pratici chiamavano effetti di riverbero, o di ri-

percussione, o di diffusione; la inezia della obbiettività repertata al decimo giorno; la esclusione, infine, di fatti di flogosi o di altri fenomeni morbosi; ci siamo sentiti autorizzati, in qualità di consulente tecnico, ad escludere l'idea di malattia e ad opinare invece che il fatto estrinseca gli estremi del reato di percosse, e non quello di lesioni.

Siena, Settembre 1931.

Dott. FURIO SALMORIA.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ASCOLI PICENO. *Amministraz. Provinc.* — Medico primario presso l'Ospedale Psichiatr. Prov.; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 serv. att., c.-v. (L. 360 per i celibi, L. 1821 per i coniugati, oltre indenn. supplettiva per ogni figlio oltre il terzo); riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50. Scad. 15 ott.

BARLETTA. *Comune.* — Scad. 27 nov.; direttore del Dispensario celtico comunale; L. 3500; titoli ed esami.

BERGAMO. *Ospedale Maggiore « Principessa di Piemonte ».* — Dirigente sanitario dell'Istituto Provinciale di assistenza materna ed infantile, gestito dall'Ospedale; L. 9000, eventuale c.-v., riduz. 12 %; titoli scientifici e pratici; chiedere annunzio; scad. ore 12 del 17 ott.; tassa L. 50.

CASSIGLIO (*Bergamo*). — Consorzio con Ornica e Valtorta. Stipendio di residenza L. 14.500. Addizion. di legge per i poveri. Indennità: per Uff. Sanit L .800; per spese di ambulatorio L. 500; per mezzo di trasporto L. 3000; per alloggio lire 1200; per caro-viveri, nella misura di legge. Domande e documenti, il cui elenco e modalità risultano nel bando di concorso che può ottenersi rivolgendone richiesta alla Segreteria del Comune di Cassiglio, debbono pervenire alla Segreteria stessa non oltre il 30 novembre 1931.

CASTELCIVITA (*Salerno*). — Scad. 10 ott.; L. 6160 e 5 quadrienni dec., oltre L. 880 cavalc.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10.

CASTELDELCI (*Pesaro*). — Scad. 20 ott.; L. 10.000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 3000 cavalc., L. 400 uff. san., addizionali L. 2 e L. 3 oltre 500 e 1000 poveri.

GOMBOLÒ (*Pavia*). — Scad. 10 ott.; L. 13.000 decurtabili 12 % e 5 quadrienni dec., oltre c.-v. pei coniugati; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

LATRONICO (*Potenza*). — 1ª condotta; proroga a tutto il 30 ott.

MARSICO NUOVO (*Potenza*). — A tutto 30 ott., per Paterno; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi dal 10 sett.; L. 6000 e 6 quadrienni dodicesimo, ridotte; tassa L. 30,10; serv. entro 20 gg.

MELFI (*Potenza*). — Scad. 31 ott.; 2ª condotta; L. 7000, un quadriennio di L. 500 e 5 di L. 600, riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

MONSELICE (*Padova*). *Ospitale Civile Vitt. Em. III.* — Scad. 10 ott.; primario del Reparto di Medicina, Sanatorio e Dispensario antitub.; L. 12.000 ridotte 12 %.

NASO (*Messina*). — Scad. 12 nov.; 2ª cond.; lire 8000 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

ORNICA. — (Vedi CASSIGLIO).

PADOVA. *R. Prefettura.* — Ufficiale Sanitario e Medico Capo del Comune di Padova. Per titoli ed esami. Stipendio iniz. annuo L. 17.000 al lordo delle trattenute di legge e della riduzione del 12 % di cui il R. D. 20-11-1930, N. 1491. Tale stipendio è suscettibile di cinque aumenti quadrien. del decimo dello stipendio base. Supplemento di servizio attivo, lorde L. 2550 non valutab. per la pensione e salva la riduzione di cui sopra. Compartecipazione ai compensi per accertamenti e prestazioni fatti nell'interesse esclusivo di privati. Divieto libero esercizio professionale e di ogni altra occupazione non compatibile coi doveri e decoro dell'Ufficio. Domande e documenti debbono pervenire alla R. Prefettura di Padova (Ufficio del Medico Provinciale) entro le ore 18 del 15 novembre. Per chiarimenti sui titoli ed altre informazioni, rivolgersi all'Ufficio suddetto.

PAVIA. — Scad. 10 dic.; tre condotte; L. 12.000 (per una condotta interna) e L. 14.000 (per due esterne), ridotte 12 %; 5 quadrienni dec.; c.-v. Chiedere annunzio al Municipio.

PORTOFERRAIO (*Livorno*). *Civico Ospedale « Vittorio Emanuele III ».* — Chirurgo primario; proroga a tutto il 15 ott. Condizioni già annunziate, ad eccezione dello stipendio iniziale, che con deliberazione in corso di approvazione è stato elevato da L. 15.000 a L. 18.000.

POZZUOLI (*Napoli*). — Scad. 15 ott.; L. 9500 e 4 quadrienni dec., oltre c.-v. per moglie e figli, il tutto decurtabile 12 %.

RAPALLO (*Genova*). — Scad. 10 ott.; L. 7200 e 10 bienni ventesimo, oltre L. 500 per i pov. sopra 1200 iscritti, L. 300 bicicletta; parziale riconoscim. servizi anter.

REGGELLO (*Firenze*). — Al 5 dic., ore 12; per Leccio; L. 8500 e 8 trienni dec.; c.-v.; L. 2400 trasp.; decurtaz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa lire 50,10; doc. a 3 mesi dal 5 sett.

ROMA. *Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Primario oto-rino-laringoiatra; scad. ore 16 del 16 nov.; stip. L. 7800 ridotte del 12 %, c.-v.; tassa L. 50. Età lim. 45 a. al 15 sett. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria Generale (Palazzo di S. Spirito).

ROMANO DI LOMBARDIA (*Bergamo*). — Al 15 ott., 2ª cond.; L. 6000 e 5 quinquenni dec., oltre addizionale L. 2 ogni iscritto (circa 1000), che sarà elevata a L. 5 per gli ammessi alla sola cura medica e ostetrica; c.-v.; decurtaz. 12 %; per trasp. L. 500; chied. annunzio. Tassa L. 50,20.

S. MARTINO DI VENEZZE (*Rovigo*). — Scad. 10 ott.; due cond. per 1000 pov. ciasc.; L. 8000 e L. 8500, oltre 5 quadrienni dec.; L. 1000-1500-3000 trasp.; età lim. 40 a.

SASSOCORVARO (*Pesaro*). — Medico interino prevalentemente chirurgo per 1ª condotta e direz. Ospedale Civile (nuovo fabbricato da inaugurarsi il 28 ott.). Richiedesi statistica operatoria e pratica radiologica. L. 10.500 oltre L. 2000 direz. Osped., 1° c.-v., riduz. 12 %; partecipaz.

SAVIGLIANO (*Cuneo*). *Ospedale Maggiore.* — Per titoli. Medico Chirurgo aiuto, alle condizioni indicate nell'avviso di concorso in data 18 settembre 1931. Per chiarimenti ed informazioni, rivolgersi alla Segreteria dell'Ospedale.

TRAVO (*Piacenza*). — Stipendio annuo L. 9680, lorde ritenute di legge; cinque aumenti quadriennali; indennità di integrazione al Sanitario avente moglie e figli L. 1180; indennità cavalcatura lire 2640. Incarico Ufficiale Sanitario L. 572. Documenti di rito, legalizzati. Scadenza 25 ottobre 1931.

TRECENTA (*Rovigo*). — Scad. 10 ott.; 2° reparto; L. 8500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 850 serv. att., c.-v., indenn. trasp.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

TRIESTE. — Medico scolastico; scad. 15 dic. Rivolgersi all'Ufficio municipale d'igiene, via Pitteri 2.

VALTORTA. — (Vedi CASSIGLIO).

VIGONE (*Torino*). — Una delle condotte mediche, secondo il Capitolato visibile presso la Segreteria Comunale. Scad. 31 ott.

VILLAPUTZU (*Cagliari*). — Scad. 60 giorni dal 1° sett.; L. 9000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 1000 uff. san., addizion. L. 5 oltre i 1000 pov.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi.

Per l'istituzione di un premio annuo presso la R. Università di Roma, da intitolarsi: "Fondazione Vittorio Ascoli,,

Somma come da precedente N. 31	L.	43.680 —
Rotary Club (Roma)	»	5.000 —
Prof. F. Schupfer (Firenze)	»	500 —
Direzione Generale Ferrovie Stato .	»	500 —
Dott. G. Dalla Torre (Venezia) . .	»	50 —
	L.	49.730 —

Le sottoscrizioni si ricevono presso la Clinica Medica al Policlinico Umberto I, Roma; ovvero presso il nostro periodico, via Sistina 14, Roma.

NOTIZIE DIVERSE.

37° Congresso italiano di medicina interna.

Come abbiamo annunziato, la Società Italiana di Medicina interna terrà il suo 37° Congresso annuo a Bari nei giorni dal 18-21 ottobre.

I temi di relazione all'ordine del giorno sono: 1° « Il diabete », relatore: prof. Luigi Zoia; 2° « Le modalità di origine e di evoluzione clinica della tubercolosi polmonare », relatori: professori Carlo Gamna e Attilio Omodei-Zorini; 3° « Pancreatite acuta e cronica » (tema in comune con la Società Italiana di Chirurgia), relatori: proff. Antonio Gasbarrini e Giuseppe Tusini; 4° « Rapporti fra malaria e tubercolosi nell'esercito », relatore: tenente-colonnello medico dott. Virgilio De Bernardinis.

Per informazioni riguardanti le comunicazioni scientifiche, gli alloggi, ecc., rivogersi al presidente del Comitato ordinatore del Congresso, prof. Francesco Galdi, R. Clinica Medica, Bari.

14° Congresso italiano di pediatria.

Si è tenuto a Firenze, con l'intervento dei maggiori cultori italiani della specialità e delle discipline affini; erano pure rappresentate: la Facoltà medica di Parigi dal prof. Lereboullet, quella di Lione dal prof. Mouriquand, le Associazioni pediatriche francesi dal prof. Péhu.

All'inaugurazione intervennero le autorità locali, tra cui il prefetto, dott. Baratono, il preside della provincia, avv. Bardiani, il podestà, conte Gherardesca, il segretario federale dott. Pavolini, ed altri. Parlarono il prefetto, il rettore magnifico prof. De Vecchi, il presidente del Comitato ordinatore prof. Comba, il presidente della Società italiana di pediatria prof. Allaria, che tenne il discorso ufficiale, il prof. Galeazzi per la Società di ortopedia, il prof. Midulla per l'Opera nazionale Balilla, il prof. Ceresole per la Sezione talassoterapica della Società d'idrologia, il prof. Cacace per la Società di nipiologia, il prof. Stefani per quella di radiologia, il prof. Spolverini per il Consiglio nazionale delle Ricerche. Vennero specialmente lumeggiate le finalità sociali della pediatria e l'attività svolta dal Regime in questo campo.

I lavori compiuti hanno assunto notevole importanza; ne daremo un breve resoconto in un prossimo numero. È stato votato un plauso all'Opera Nazionale Balilla.

Il Congresso si è chiuso con una visita a Siena, a Perugia e ad Assisi.

27° Congresso italiano di oto-rino-laringologia.

Mentre questo numero va in macchina, tiene le sue assise a Messina e Reggio Calabria, dal 1° al 3 ottobre, il Congresso annuale della Società italiana di oto-rino-laringologia, presieduta dal prof. U. Calamida. Ne daremo ulteriori notizie.

Al congresso italiano delle scienze.

Abbiamo già informato i nostri lettori su di alcune relazioni e comunicazioni che interessano la medicina.

Aggiungiamo che il prof. Nicola Pende ha destato vivo interesse con una relazione sul « neuropsichismo dei vecchi e le nuove vedute della senilità »; il prof. Riccardo Simonini ha svolto il tema: « La lebbra in Italia e nelle nostre Colonie. Risultati ottenuti col nuovo metodo di cura »; il prof. Pietro Rondoni ha preso in esame i « Fat-

tori dominanti la moltiplicazione cellulare»; il prof. Roberto Ascoli ha parlato degli «Attributi biologici dei processi infiammatori». E così via. Quasi tutte le relazioni e comunicazioni nel campo medico e biologico sono state attentamente seguite e discusse.

* * *

In risposta ad un telegramma di omaggio inviato dal presidente della Società italiana per il progresso delle scienze, on. Blanc, al Capo del Governo, questi ha così risposto:

«Mentre vi ringrazio del gentile saluto che mi trasmettete, voglio dirvi che seguirò con particolare attenzione i lavori del vostro Congresso, che si svolge nella fervida attività patriottica e fascista di Milano. Sono sicuro che l'attuale Congresso, come i precedenti, sarà fecondo di risultati e dimostrerà che non mai come in questo momento del periodo fascista è stata viva e universale l'attività del pensiero scientifico italiano. — Mussolini».

Convegno italiano sul reumatismo.

La 2ª giornata italiana del reumatismo si è tenuta — d'intesa tra l'Associazione Nazionale di Idrologia, Climatologia e Terapia fisica e la Società italiana per il progresso delle Scienze — a Salice Terme. Erano state preparate interessanti comunicazioni dai proff. Rondoni, Devoto, Ceresole e del dott. Massione.

Purtroppo, il convegno venne funestato dalla perdita dell'accademico prof. Dionisi, abbattutosi mentre pronunziava un discorso sull'importanza scientifica, medica e sociale del problema in esame.

Sui lavori daremo ulteriori notizie.

Scuola di perfezionamento in Clinica pediatrica a Napoli.

Col prossimo anno accademico avrà inizio presso l'Istituto di Clinica Pediatrica della R. Università di Napoli, un corso di perfezionamento per laureati, della durata di due anni (1931-32, 1932-33).

Al termine del biennio gli iscritti conseguiranno il diploma di perfezionamento che dà diritto alla qualifica di specialista in pediatria, secondo l'art. 4 del R. D. 31 dicembre 1923, n. 2990.

Per informazioni rivolgersi alla direzione della Clinica pediatrica (S. Andrea delle Dame 41, Napoli 157); per tutto quanto riflette la iscrizione, alla Segreteria della Facoltà di Medicina della R. Università di Napoli.

Scuola convitto per infermiere a Venezia.

È aperta l'iscrizione per l'anno scolastico 1931-32 alla Scuola Convitto «Nani», presso gli Ospedali Riuniti di Venezia. I corsi sono biennali. Le lezioni avranno inizio con il 1° novembre 1931 e termineranno il 31 luglio 1932. Le allieve durante la permanenza nella Scuola avranno diritto a vitto ed alloggio. Le domande di ammissione dovranno essere presentate alla Direzione entro il 20 ottobre. Le aspiranti all'iscrizione dovranno anche produrre: domanda in carta bollata da L. 3, controfirmata per le minorenni, per approvazione, dal padre o da chi esercita la patria potestà; copia dell'atto di nascita comprovante che l'aspirante ha superato i 18 anni di età e non oltrepassati i 30 alla data dell'apertura del corso; certificato di stato nubile o di vedovanza senza prole; certificato di buona condotta, rilasciato dall'Autorità del luogo di residenza; certificato generale del casellario giudiziale; diploma di licenza elementare od altro titolo di studio superiore. I documenti 3°, 4° e 5° dovranno essere di data non anteriore di tre mesi al 15 settembre. Quota mensile L. 150.

Chiedere annunzio e informazioni alla Direzione Sanitaria degli Ospedali Riuniti, Venezia.

Conferenza sulla difesa antiaerea.

Nell'aula magna del Collegio Romano, il generale Giannuzzi-Savelli, presidente dell'Organo centrale interministeriale per la protezione antiaerea del territorio nazionale, ha tenuto, d'ordine del Ministero dell'Interno, una conferenza sull'argomento della detta difesa.

Il conferenziere, dopo una esposizione sintetica della possibilità di incursioni aeree con lancio di bombe scoppianti, incendiarie e di aggressivi chimici, ha illustrato la necessità di essere preparata alla difesa contro ogni specie di offesa aerea.

Il conferenziere ha poscia enumerate e descritte le varie provvidenze che sono in studio e in corso di eseguimento per provvedere alla detta difesa e ha fatto presente la necessità di una perfetta disciplina da parte della popolazione affinchè le provvidenze riescano veramente efficaci.

Alla conferenza assistevano un folto pubblico e numerose autorità, fra le quali il Governatore di Roma, il Prefetto gr. uff. Montuori, il comandante del Corpo d'Armata, il Capo di S. M. dell'Aeronautica, l'on. Parolari in rappresentanza del Segretario del Partito Nazionale Fascista, l'on. Bifani, il Provveditore agli studi, ecc.

Rinvio della Giornata della Tubercolosi di Davos.

A causa della generale crisi economica l'Associazione dei Medici di Davos è stata costretta di rimandare all'anno venturo la «Giornata della Tubercolosi» già fissata per il periodo dal 5 al 10 ottobre 1931.

Medici stranieri in Italia.

Il viaggio di propaganda Nord-Sud, per medici stranieri, organizzato dall'E. N. I. T. alle stazioni termali italiane, sotto la direzione del prof. Guido Ruata, è stato compiuto quest'anno da 125 medici. Ha avuto per mèta le stazioni idrominerali dell'Italia centrale e meridionale. I colleghi stranieri sono rimasti ammirati dello sviluppo di alcune stazioni, come Fiuggi e Agnano.

Ovunque gli ospiti sono stati ricevuti con sontuosità e cordialità.

È questo l'8° viaggio del genere. L'iniziativa — che dobbiamo all'attività ed al patriottismo del prof. Ruata — ha lo scopo di valorizzare, presso i medici stranieri, le nostre ricchezze idrotermali, climatiche ed artistiche. Essa consegue un crescente successo.

In onore di Eiselsberg.

Ricorrendo l'80° compleanno del venerato chirurgo, egli è stato oggetto, da parte di ex-allievi ed ammiratori, di una manifestazione di simpatia, durante la quale gli è stato consegnato il modello della propria mano destra, eseguito da un artista, Theo Henning; numerose copie ne sono state distribuite agli amici.

L'idea nuova intende ricordare che la destra di Eiselsberg ha operato interventi davvero miracolosi e al tempo stesso simboleggiare l'etimologia

della parola con cui è designata l'arte sanitaria illustrata da Eiselsberg.

I funerali del prof. Dionisi.

La grandiosità della mesta cerimonia comprova di quanta estimazione e di quanta simpatia fosse circondato lo scomparso.

Prestavano servizio d'onore reparti dei Granatieri e della R. Marina. Il Governo era rappresentato dall'on. Di Marzo; l'Accademia d'Italia dal vice-presidente prof. Formichi, delegatovi dal sen. Marconi, e dai proff. De Blasi, Orestano, Parravano; l'Università di Roma dal rettore on. prof. De Francisci; il Partito Nazionale Fascista dal prof. Marpicati; il Sindacato Medico Nazionale dall'on. prof. Morelli; erano anche rappresentati i Ministeri della Guerra e della Marina, la Sanità Pubblica, la Croce Rossa, gli Ospedali Riuniti di Roma, ecc.; seguiva una densa folla composta di medici, di allievi, di ufficiali dell'Esercito e della Marina e di amici.

* * *

Per la morte del prof. Dionisi il Duca d'Aosta ha così telegrafato alla vedova:

« Profondamente colpito piango la scomparsa del mio carissimo amico. — Amedeo di Savoia ».

Il Capo del Governo ha inviato il seguente telegramma:

« Accolga le mie profonde condoglianze. La scienza perde uno dei suoi più illustri cultori, la Patria un cittadino che la onorò con un lungo e fecondo lavoro di ricerche e di progresso. — Mussolini ».

Azione giudiziaria contro un chirurgo.

Un chirurgo francese, nel 1915, mentre prestava servizio di guerra, venne colpito da un flemmone alla mano destra. Questa era rimasta quasi impotente.

Egli non volle rinunziare alla sua arte, ma si è esercitato ad usare la mano sinistra invece della destra.

Di recente eseguiva un raschiamento uterino digitale, per un'infezione post-abortiva; sotto anestesia generale, si sforzò di dilatare il collo uterino con una Hegar, poi introdusse il mignolo e infine l'indice della sinistra; a un certo momento dell'operazione, si avvide di aver perforato l'utero e di avere uncinato, col dito, un'ansa intestinale; onde operazione d'estrema urgenza per salvare la malata: isterectomia, resezione di un segmento intestinale, ano artificiale, lungo periodo di invalidità e di gravi sofferenze. Seguì un'azione giudiziaria, giunta alla Corte d'appello di Donai. Una perizia, affidata al prof. Jeannin e al dott. Paul, ha concluso che il raschiamento non s'imponeva in modo impellente e che erano stati commessi errori di tecnica. Manifestamente questi dovevano attribuirsi all'impiego della mano sinistra non bene addestrata; la Corte tuttavia ha giudicato che la discriminante non fosse bastevole ad assolvere l'operatore e lo ha condannato a corrispondere 200.000 franchi di danni e interessi.

Corrigenda. — Nel fasc. scorso, p. 1458, 1ª col., 8° capov., l. 4, leggere: Mentre tanti uffici.

A 93 anni è morto, presso Saluzzo, il dott. JOSEPH SPECKBACHER, decano dei medici austriaci.

Indice alfabetico per materie.

V. ASCOLI †, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII Roma, 12 Ottobre 1931 - IX Num. 41

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

Ospedale Civile - Meldola (Forlì) - Sezione Chirurgica diretta dal dott. MARIO LORETI.

Il dolore epigastrico nell'appendicite ed il riflesso appendiculo-gastrico (del Solieri) controllati coll'anestesia locale.

Dott. MARIO LORETI.

Avendo avuto occasione di usare con molta frequenza, nei casi che si prestavano, dell'anestesia locale in chirurgia addominale, ha colpito la mia attenzione un fenomeno, che è quasi costante durante l'appendicectomia, mentre non si verifica mai durante gli altri interventi, su qualsiasi altro organo addominale, stomaco e fegato compresi.

Sono svariate centinaia di casi di appendicectomie eseguite in anestesia locale, che io ho avuto occasione di osservare e quale assistente e quale operatore, e mai, o quasi mai è mancato il particolare che stò per descrivere. Eseguendo l'appendicectomia in anestesia locale, se questa è stata bene praticata, infiltrando sufficientemente tutti gli strati fino al peritoneo, il malato se non è estremamente sensibile, non accusa alcun dolore durante la dieresi dei tessuti, ma comincia a lamentarsi un poco, soltanto nel momento dell'esteriorizzazione del cieco coll'appendice, accusando la sensazione di essere eviscerato.

L'intervento procede normalmente senza che il paziente si lamenti in modo eccessivo: ad un certo momento l'operando accusa forti dolori e bruciori allo stomaco accompagnati da sforzi di vomito. Questo momento corrisponde al tempo dell'operazione, durante il quale si pinzetta o si lega il mesenteriolo dell'appendice. Tali disturbi sono tipici e caratteristici e sono descritti nello stesso modo da tutti i malati che hanno subito l'appendicectomia in anestesia locale. Ripeto, che tale sensazione non ho mai sentito essere accusata da quei malati che sono stati sottoposti ad altri interventi laparatomici in anestesia locale; i pazien-

ti operandi allo stomaco, riferiscono sensazioni di stiramento, di essere eviscerati, hanno sforzi di vomito, ma mai accusano il bruciore intenso dello stomaco, descritto invece dagli appendicectomizzati.

Avevo osservato il fenomeno, ma di esso non ero mai stato capace di darmi una spiegazione che mi avesse soddisfatto. Frequentando la Sez. Chir. dell'Ospedale di Forlì, ed assistendo a sedute operatorie, il Prof. Solieri, Direttore di detta Sezione, mi fece notare lo stesso fenomeno durante appendicectomie eseguite in rachianestesia.

Il Solieri fino dal 1912: « Uebere den epigastrichen Schmerz bei Appendicitis » (*Mitteilungen aus den Grenz. der Med. und Chir.*, Bd. 25, 1912) e successivamente con numerosi altri lavori (vedi bibliografia) ha studiato ampiamente l'argomento.

Questi dolori e bruciori che i sofferenti di appendicite accusano, riferendoli allo stomaco durante l'intervento, sono notati da loro stessi, non colla stessa costanza come nel momento dell'operazione, ma con discreta frequenza anche durante il decorso della malattia, talchè più di una volta capita che pazienti si presentano da medici accusando una sintomatologia gastrica, mentre si tratta di uno stato infiammatorio dell'appendice. E in questi casi non è solo l'esame obiettivo quello che conferma la diagnosi, ma bensì anche gli esami sussidiari e complementari e primo fra tutti l'indagine radiologica. Quelli che hanno pratica radiologica anche molto modesta, come ho io, avranno notato, che esaminando radiologicamente tali pazienti, nulla di patologico si riesce a mettere in evidenza a carico dello stomaco e della regione piloro duodenale ed epatocolecistica. Seguendo il pasto opaco, non si riesce a provocare dolore alcuno quando esso è nello stomaco, e quando attraversa il piloro e duodeno, mentre il malato accusa vivo dolore (quando il cieco e l'appendice appaiono iniettati allo schermo) eseguendo su di essi pressione e stiramento. Più di una volta a me è capitato, che malati sotto lo schermo fluorescente (mentre palpavo e premevo sulla regione cieco appendicolare) mi accusavano dolore a carico della parte stessa cieco-appendicolare, ma nel tempo stesso dolore e bruciore allo stomaco. Molti AA. che hanno osservato e studiato lo stesso fenomeno hanno spiegato il dolore epigastrico dell'appendicite, in modi diversi. Solieri a proposito del dolore epigastrico dell'appendicite, distingue tre diversi sindromi a cui fa corrispondere diverse alterazioni anatomo patologiche, in cui vi è un segno comune e cioè la tensione eccentrica o concentrica della parete appendicolare.

Ammesso che il fenomeno avviene, ci si domanda se esso possa avvenire per altri motivi e per altre ragioni, senza che lo stomaco e l'appendice siano interessati. Uno dei motivi che primo fra tutti potrebbe essere cagione del fenomeno è da considerare la rachianestesia. Coloro che frequentemente praticano la rachianestesia, molte volte certamente hanno notato che i malati, i quali stanno per essere operati per affezioni in cui l'appendice non è interessata, accusano dolori allo stomaco, conati di vomito, quasi nello stesso modo dei pazienti operandi di appendicectomia. Tali disturbi difatti, rientrano nel quadro degli inconvenienti che alle volte provoca la rachianestesia. Ci si domanda quindi, se il riflesso appendiculo gastrico non possa essere dato piuttosto dalla rachianestesia e quale inconveniente di questa. L'ipotesi cade senz'altro, perchè, non può essere nel modo più assoluto che tale inconveniente capiti solo e con regolarità durante l'appendicectomia, e rare volte durante altri interventi, e secondariamente che esso si verifichi d'*emblée*, proprio soltanto in un determinato momento dell'operazione e cioè durante la legatura del mesenteriolo. Ancora: se si ammette che la causa del fenomeno sia la rachianestesia, come si può spiegare allora lo stesso fenomeno quando si segue lo stesso intervento coll'anestesia locale? Scartata senz'altro l'ipotesi che i fatti di cui stiamo occupandoci siano conseguenza immediata della rachianestesia, si passa allo studio ed all'interpretazione di essi.

Il Solieri il quale ha il merito di avere per primo richiamata l'attenzione sui fenomeni, ha studiato e spiegato seguendo un concetto anatomo-topografico. Il suddetto A. così ha scritto:

« L'appendice riceve i nervi del plesso mesenterico superiore, di cui i piccoli rami destinati all'organo seguono l'arteria appendicolare, e si distribuiscono colle diramazioni di questa arteria ai diversi strati dell'appendice, formando come nel resto dell'intestino, il plesso nervoso di Auerbach e Meissner. Il plesso mesenterico superiore dipende dal plesso solare, che è costituito da rami efferenti dei gangli semilunari. A questi arrivano come rami efferenti, i due grandi nervi splancnici, qualche branca del piccolo splancnico e del frenico, e il pneumogastrico d. che forma col grande splancnico e il gaglio semilunare corrispondente, l'ansa memorabile di Wrisberg.

A proposito del grande splancnico, si ricorda che ha le sue origini dal 4°-5°-6°-7° ganglio del cordone laterale del simpatico toracico, gangli che sono in rapporto per mezzo di rami coi nervi intercostali corrispondenti, e per conseguenza hanno un legame con le vie lunghe ascendenti midollari attraverso i gangli spinali e le radici posteriori sensitive. Ora una sensazione qualsiasi dolorosa o no, che parte dall'appendice per eccitazione delle sue terminazioni nervose, sia flogistica, sia meccanica, arriva attraverso le vie descritte alla midolla spinale nella sua porzione toracica. Così si spiega come coll'anestesia lombare la sensazione dolorosa, provocata dalle manovre sull'appendice, persiste e conserva la stessa intensità, nei due casi d'anestesia completa ed incompleta. L'arco diastaltico, che si può formare in seguito a questa sensazione dolorosa o per l'eccitazione di qualsiasi parte dell'appendice, non può avere altra via centrifuga che il nervo vago. Questo appunto fornisce allo stomaco delle fibre secretrici, vasomotorie e motrici ».

*
* *

Studiando il dolore viscerale e quindi il dolore epigastrico dell'appendice si devono fare due distinzioni, e cioè si deve distinguere che esistono il riflesso *appendiculo gastrico* ed *il dolore epigastrico nell'appendicite*, i quali due fenomeni non devono essere confusi ed hanno tutti due origini ben distinte e diverse.

Il riflesso appendiculo gastrico, fa parte degli infiniti riflessi vegetativi a partenza addominale, e non si può e non si deve considerare come un riflesso unico, ma è costituito da alcuni riflessi vegetativi veri gastrici motori e secretori. A questo proposito, riporto ciò che ancora scrive il Solieri:

« Se, egli afferma (il Mojnihan) si pratica la laparotomia in uno di questi malati, si vede che lo stomaco ha una apparenza normale, ma, esaminando l'organo in posto, si assiste ad un fenomeno caratteristico, cioè ad una contrazione spasmodica ed intermittente del piloro (riflesso vegetativo gastrico motore), non di rado si ha esponente di una appendicite cronica o recidivante una dispepsia gastrica, che ha substrato in una deviazione della funzionalità secretoria, motoria o vasomotrice del viscere originata per atto riflesso » (riflesso vegetativo gastrico secretorio).

Ho scritto sopra che infiniti sono i riflessi vegetativi a partenza addominale, perchè tutti gli organi dell'addome esclusi quelli del piccolo bacino e del colon discendente, hanno vie nervose che passano per il plesso celiaco: così possono essere riflessi viscero-viscerali fra organi che dipendono dallo stesso plesso celiaco (appendiculo-gastrici, epatogastrici, ecc.) ed organi che dipendono da settori diversi come ad es. tutti i riflessi addomino cardiaci. Si ottiene il rallentamento del cuore, sia comprimendo il tronco celiaco, come premendo sulla regione appendicolare. Continuando nella serie dei riflessi vegetativi, che sono moltissimi, ma dei quali noi possiamo osservare solo quelli che maggiormente e con più evidenza si manifestano, vi è un riflesso nasale, sempre mantenendoci nel campo dell'appendice. Riflesso che io ho notato molte volte operando di appendicite in anestesia locale: il paziente prega uno degli infermieri di stropicciargli il naso, perchè avverte una sensazione molesta di prurito nasale. La midriasi da appendicite, rientra sempre nel complesso dei riflessi in questione: a questo proposito ricordo il lavoro di Buchmann « Un symptome obiectif de l'appendicite cronique » (*Presse Medicale*, numero 65-1930), il quale A. ha constatato tale segno in 3.500 pazienti affetti da appendicite cronica. A questo proposito riporto un'osservazione del Prof. Solieri molto importante e molto significativa per l'argomento che sto trattando, poichè clinicamente e praticamente viene a convalidare ciò che ho scritto sopra:

« Ho veduto correggersi dopo l'appendi-
« cectomia due sindromi caratteristiche di-
« pendenti da irritazione vago-simpatica. In
« una appendicitica cronica vi era bradicar-
« dia con fasi ricorrenti di aritmia. Dopo
« l'appendicectomia questi fenomeni scom-
« parvero e non si sono più rinnovati. In
« una donna appendicitica cinquantenne si
« erano stabiliti accessi di asma bronchiale
« assai gravi. Appendicectomizzata la donna
« si liberò dall'asma in 3 mesi, nè più vi è
« andata soggetta ».

Tutti questi riflessi vegetativi motori e secretori non possono provocare dolore, poichè il dolore invece si ha per altro meccanismo e con vie proprie.

Poche parole sul meccanismo del riflesso vegetativo appendiculo gastrico. Secondo Lunedei ed in parte Solieri il riflesso appendiculo gastrico può essere rappresentato da uno schema: uno stimolo si trasmette dall'appendice attraverso le vie efferenti, che passano nel plesso celiaco e negli splancnici, e a mezzo di vie di comunicazione raggiunge il nucleo dorsale del vago; attraverso questo ritorna allo stomaco, così come altri impulsi vanno al cuo-

re, ed altri ancora ad altri organi. Quindi il riflesso appendiculo gastrico vero, ha per via afferente il vago, il cui centro vegetativo è nel bulbo; quindi al segmento toracico del midollo, da cui dipendono come afflusso di vie sensitive lo stomaco e l'appendice non può attribuirsi alcuna importanza.

FIG. 1. — Schema per il riflesso vegetativo appendiculo-gastrico.

E veniamo al dolore epigastrico dell'appendicite. Conviene però premettere alcune nozioni che riguardano e che sono comuni per alcune affezioni dell'addome. I dolori addominali sono di due specie, in quantochè duplice è il meccanismo che li provoca: e così abbiamo il primo gruppo che ha come sorgente algesiogena il peritoneo parietale, ed il secondo gruppo che ha la sua origine extrasierosa.

Il dolore del primo gruppo è a tipo cutaneo superficiale ed è quasi sempre dovuto a fatti infiammatori anche inizialissimi. Capps e Oohlemann però hanno dimostrato sperimentalmente che questo dolore si può provocare stimolando il peritoneo parietale non infiammato. E che una stimolazione meccanica, mancando fatti infiammatori, sia uno stimolo adeguato per provocare il dolore della sierosa peritoneale, io l'ho osservato molte volte operando in anestesia locale. Nel momento in cui si pinzetta il peritoneo per praticare l'incisione, se il peritoneo non è stato infiltrato dall'anestetico, il malato avverte un dolore riferito localmente. E parlo di casi in cui il peritoneo non era sicuramente infiammato!

Il dolore della sierosa peritoneale, come del resto la sierosa pleurica, ha due punti di localizzazione: la zona elettiva e la zona dei dolori epicritici. Nel caso di processi infiammatori dell'addome, la zona elettiva è regolarmente situata all'epigastrio e compare quasi sempre prima del dolore epicritico, che corrisponde alla zona sovrastante l'organo leso.

Il dolore del secondo gruppo, ha origine da altra sorgente algesiogena, poichè è legata alla sensibilità dei legamenti viscerali e dei plessi perivascolari, quindi è extrasieroso. Questo fenomeno è stato spiegato diversamente da molti AA. e tra questi vi è Mackenzie, che invoca, per spiegare questi dolori azioni motorie intestinali. Lunedei e Giannoni pure ammettendo verosimile l'ipotesi del Mackenzie, tuttavia credono che il dolore periombellicale ed epigastrico sia dovuto piuttosto all'interessamento e ad un processo infiammatorio del mesenteriolo.

Del meccanismo dei due tipi di dolore. — Sopra ho riportato ampiamente la spiegazione data dal Solieri, fondata su ragioni e principi anatomo topografici, ed un'altra interpretazione vi può essere seguendo un concetto di fisiopatologia.

« Più netti e più precisi per i dolori cutanei, meno per i dolori a distanza e ancor meno per i dolori profondi, sono viscere per viscere i limiti delle localizzazioni del dolore; esse sono sempre però in sedi determinate. Dipendono tali sedi dalle cosidette connessioni neuromeriche dei visceri, dal segmento midollare cioè cui affluiscono le vie afferenti algesiogene. Tali connessioni neuromeriche sono state stabilite appunto in base alle localizzazioni subbiettive del dolore (Head) controllate dagli effetti della anestetizzazione cutanea (Lemaire) e dagli effetti delle anestetizzazioni dei rami comunicanti (anestesia paravertebrale) (Kappis, Laven, Mandl): più precisamente evidenti quelle controllate con questi ultimi metodi (Giannoni-Lunedei).

Uno stimolo adeguato provoca una sensazione: le vie algesiogene efferenti penetrano nel midollo attraversando un determinato neuromero, da cui partono verso la periferia le sensazioni dolorose e si mettono in relazione col mielomero corrispondente.

Vi sono delle regole ben nette che riguardano le connessioni fra il punto sede dello stimolo adeguato e sufficiente, ed il corrispondente neuromero e mielomero.

Secondo gli schemi di Head e Lemaire sulle connessioni neuromeriche, noi abbiamo che lo

stomaco corrisponde al segmento D5 D9, il fegato e vie biliari D5 D10, l'intestino e l'appendice D8 D12, il rene e l'uretere D10 L1, il peritoneo D4 D12.

Gli stimoli che agiscono sulla cute e sui tessuti molli fino al peritoneo escluso (trattando in linea generale delle affezioni addominali) hanno corrispondenza nei rispettivi neuromeri e mielomeri che si trovano presso a poco alla stessa altezza della sede dello stimolo.

Quando invece lo stimolo agisce sulla sierosa, noi abbiamo il dolore epicritico che corre che secondo il Lemaire, le vie afferenti algesiogene penetrate nel midollo attraverso un determinato neuromero, è difficile che esse si uniscano con un solo e determinato mielomero corrispondente, ma piuttosto sono in comunicazione con molti mielomeri. Ad es. i sofferenti di angina pectoris, accusano dolori anche posteriormente alla nuca, al collo ed alla regione mandibolare, le quali parti anatomiche non fanno certo capo al tratto midollare corrispondente al cuore.

Quindi il cuore avrà connessioni coi mielo-

FIG. 2. — Le connessioni neuromeriche (da LUNEDEI-GIANNONI).

risponde alla sede della lesione della sierosa stessa, ed il dolore d'elezione che a tipo cutaneo e quindi superficiale ed eguale per tutte le affezioni addominali, ed ha come sede d'elezione l'epigastrio.

Quando gli stimoli non agiscono sulla sierosa, ma invece sui visceri, i dolori sono a tipo profondo, che alle volte possono essere profondi e cutanei nel tempo stesso a seconda dell'intensità dell'impulso algesiogeno.

Coi dolori profondi si hanno le più svariate localizzazioni e corrispondenze diciamo periferiche: per amore di brevità ricordiamo solo quelle che direttamente ci interessano. L'intestino tenue e l'appendice generalmente provocano dolore alla regione periombellicale e molto spesso all'epigastrica.

Vi è un'altra considerazione da fare: tenendo calcolo delle localizzazioni del dolore e delle connessioni neuromeriche, si deve ricordameri del tratto cervicale superiore come del resto appare dallo schema del Lemaire.

Quale meraviglia può fare dunque che i mielomeri a cui arrivano i neuromeri dell'appendice e dei legamenti di essa, siano in connessione coi mielomeri posti superiormente, i quali rispondono alle eccitazioni centripete partenti dall'appendice con fenomeni dolorosi centrifughi proiettati in zone superiori e cioè nell'aia gastrica.

Stando sempre allo schema di Lemaire, il tratto midollare corrispondente all'intestino è quello che sta fra la D8 e D12, mentre quello dello stomaco fra la D5 D9.

Dell'anestesia. — Con un'anestesia locale bene eseguita, si ottiene celermente il silenzio del dolore cutaneo ed anche profondo del tratto in cui è stata praticata l'introduzione del liquido anestetico, mentre teoricamente e praticamente nessuna influenza si può esercitare

sugli stimoli che partono dai legamenti viscerali.

Colla rachianestesia, si riesce a ridurre al silenzio completo tutte le sorgenti algesiogene, le quali attraverso i rispettivi neuromeri, hanno come punto d'arrivo i mielomeri posti all'altezza e sotto al tratto del midollo spinale, in corrispondenza del quale viene praticata l'introduzione del liquido anestetico.

Eseguendo un'appendicectomia in anestesia locale, qualora questa sia stata bene fatta, si può eseguire l'intervento senza che il malato si lamenti di disturbi speciali fino al momento in cui o si pinzetta o si lega il mesenteriolo. E ciò si spiega per quello che precedentemente ho scritto a proposito dell'anestesia locale, ed essendo inoltre le stimolazioni che vengono esercitate sul mesenteriolo dell'appendice adeguate e sufficienti per provocare il dolore. Eseguendo un intervento sullo stomaco, sia pure una resezione, avendo usato l'anestesia locale, il malato non si lamenta e non accusa le stesse sensazioni dolorose, sia pure fugaci, come quando si opera un malato di appendicectomia, e corrispondentemente al momento in cui viene legato il mesenteriolo. Questo fatto si spiega pensando che le trazioni, la legatura ecc. ecc. che si praticano o sullo stomaco direttamente o sui suoi legamenti, non sono stimolazioni adeguate e sufficienti, poichè le trazioni o le legature vengono praticate su un distretto soltanto dello stomaco e non sulla massa intera del viscere o su tutti i suoi legamenti. Mentre invece quando si interviene sull'appendice o si pinzetta o si lega o si esercita una qualsiasi trazione sul mesenteriolo, si agisce sulla parte da cui partono tutte le stimolazioni che si possono esercitare sull'appendice e quindi si ha il massimo del dolore riferito nell'area su cui si proietta, come è stato detto il dolore appendicolare, e cioè nella zona periombellicale e dell'epigastrio.

Adoperando invece la rachianestesia e facendo questa come generalmente si usa per un'appendicite e cioè fra la 2ª e la 3ª e 3ª e 4ª lombare, il malato sopporta l'intervento benissimo senza accusare alcun dolore fino al momento del pinzettamento o della legatura del mesenteriolo. Questo perchè colla rachianestesia di regola non si arriva a bloccare la VIII e la IX radice dorsale, in cui vi sono le radici afferenti algesiogene provenienti dai legamenti dell'appendice e dall'appendice stessa.

Si ha la dimostrazione di ciò quando la rachianestesia è stata fatta molto alta per l'esecuzione di altro intervento, che non sia l'appendicectomia: se durante l'operazione, si riconosce doversi asportare l'appendice, l'ammalato non accusa alcuno dei disturbi che solitamente sentiamo lamentare. Il Donati ha proposto di associare l'anestesia regionale all'anestesia paravertebrale dei rami comunicanti: coll'anestesia paravertebrale appunto si riducono al silenzio quei rami comunicanti che rappresentano le vie di trasmissione degli stimoli che partono dai legamenti viscerali.

CONCLUSIONE.

Durante il decorso di un'appendicite, ma specialmente eseguendo l'appendicectomia, e precisamente nel momento in cui o si pinzetta o si lega il mesenteriolo, il malato oltre che i disturbi in sede appendicolare, accusa anche bruciori allo stomaco ed un dolore alla regione epigastrica ed appendicolare.

Questi segni sono costituiti dal riflesso appendiculo gastrico (il quale è uno degli infiniti riflessi vegetativi a partenza addominale) formatosi per lo stimolo che si trasmette dall'appendice attraverso le vie efferenti che passano nel plesso celiaco e negli splancnici (Solieri, Lunedei) e per mezzo di vie di comunicazione, raggiunge il nucleo dorsale del vago, e attraverso a questo ritorna allo stomaco, così come altri impulsi vanno al cuore ed altri ancora ad altri organi. Il secondo, è un vero e proprio dolore epigastrico, che può essere superficiale e profondo: è superficiale quando vi è uno stato infiammatorio anche lieve, o una stimolazione meccanica del peritoneo parietale, è profondo quando l'infiammazione e la stimolazione sono extrasierose ed è invece interessato il mesenteriolo.

Il meccanismo di questo dolore è ed è stato diversamente spiegato: Solieri ha dato un'interpretazione seguendo concetti anatomotopografici; un'altra spiegazione si può enunciare seguendo invece principi di fisiopatologia.

Coll'anestesia locale non si può ottenere il silenzio del dolore profondo epigastrico e dei bruciori allo stomaco, perchè non si arriva a bloccare le terminazioni nervose che sono comprese nel mesenteriolo; colla rachianestesia scompaiono tanto il riflesso appendiculo-gastrico, che il dolore epigastrico, soltanto se la rachianestesia è fatta molto alta e non fra il 2°-3° e 3°-4° spazio, come di solito viene fatta.

Perchè con una rachianestesia bassa si riesce a bloccare i centri spinali corrispondenti alle sorgenti algesiogene partenti dai tessuti molli fino al peritoneo, ma non si riesce ad agire invece sui centri corrispondenti al meso ed all'appendice, che sono localizzati in una zona più alta del midollo.

RIASSUNTO.

L'A. ha studiato il dolore epigastrico nell'appendicite (Solieri) ed ha nettamente distinto il riflesso appendiculo gastrico (riflesso vegetativo motorio e secretorio), che ha come via afferente il vago, e come centro vegetativo il nucleo dorsale del vago, dal dolore epigastrico dell'appendicite.

Questo ultimo può essere superficiale e profondo: il superficiale per stimoli partenti dal peritoneo parietale, il profondo per stimoli partenti dal mesenteriolo.

L'A. spiega il meccanismo della formazione di tale dolore, seguendo la teoria dei neuromeri e dei mielomeri corrispondenti.

Coll'anestesia locale il riflesso appendiculo gastrico ed il dolore epigastrico permangono, perchè coll'anestetico non si riesce ad influenzare il plesso nervoso del mesenteriolo; colla rachianestesia si riesce ad ottenere il silenzio dell'uno e dell'altro purchè l'introduzione del liquido anestetico sia fatta in una zona più alta del punto corrispondente al tratto ove risiedono i mielomeri, a cui arrivano i neuromeri partenti dall'appendice.

BIBLIOGRAFIA.

1) Buchmann. *Un symptome obiectif de l'appendicite cronique.* Presse Médicale, n. 65, 1930.
2) Lunedei-Giannoni. *Il dolore viscerale.* Ed. Cappelli, Bologna, 1929.
3) Solieri. *Ueber den epigastrichen Schmerz bei appendicitis.* Mitteilungen aus den Grenz. der Med. und Ch., 1912.
4) Id. *Su la gastropatia iperacida di origine appendicolare.* Tip. Bordandini. Forlì, 1913; Mitteilungen aus den Grenz. der Med. und Chir., 1913.
5) Id. *Sur la doleur épigastrique dans l'appendicite.* Revue de chirurgie, n. 410, aprile 1913.
6) Id. *Sintonia patologica dell'addome destro.* Policlinico, Sez. Pratica, 1925.
7) Id. *Ancora sulla sintonia patologica dell'addome d.* Ibid., 1930.

R. Arcispedale di S. M. Nuova e Stabilim. Riuniti di Firenze.

I Turno Chirurgico

Prof. O. Marchetti, direttore.

Sul sintoma del Buchmann nell'appendicite cronica.

(Nota clinica).

Dott. L. Minucci Del Rosso, assistente.

Tra i diversi sintomi clinici di cui è ricca la letteratura che si occupa della diagnosi clinica dell'appendicite cronica, ve ne è uno particolarmente curioso, segnalato in questi ultimi tempi da P. J. Buchmann (*Presse Médicale*, 1930, n. 65): la midriasi dell'occhio di destra. Questo sintomo si differenzia, di gran lunga da tutti gli altri segni fino ad oggi proposti, infatti questi sono, quasi tutti, basati sul dolore, avvertito dal paziente, attraverso la palpazione della parte addominale. Sono quindi sintomi di pretta natura subbiettiva e perciò di credito assai limitato: il segno, proposto dal Buchmann, invece, essendo obbiettivo è più attendibile, allorchè lo si riesca a mettere in evidenza.

L'A. francese, forte di una ricca casistica di 3500 pazienti, nei quali per ricerche eseguite tra il 1917 e il 1920, avrebbe trovato presente questo sintoma nel 93 % dei casi, concede poco o punto valore a tutti i segni clinici sino ad oggi conosciuti e considerati come classici della diagnosi di appendicite cronica, e dà grandissimo valore a questo sintoma, elevandolo a dignità di segno patognomonico di appendicite cronica.

L'A. spiega tale midriasi ricordando il nesso anatomico esistente tra la pupilla destra e l'appendice durante il processo infiammatorio di questo organo. Infatti il nesso anatomico e funzionale tra la pupilla e l'appendice è realizzato dal sistema simpatico. Secondo l'A., durante il processo infiammatorio dell'appendice, si verifica un intenso sviluppo (ipergenesi) dei filamenti di questo sistema nervoso e questo fenomeno si accompagnerebbe ad uno stato di irritazione, di tutto il sistema simpatico, compresi i nervi naso ciliari lunghi, i quali innervano il muscolo dilatatore della pupilla di destra ed il muscolo di Muller. Dalla ipergenesi di questo tessuto simpatico deriverebbe la comparsa della dilatazione unilaterale della pupilla di destra. I casi di midriasi sinistra (riscontrati nel 6 % dei pazienti) sono interpretati dall'A. francese con le possibili variazioni nel percorso dei rami simpatici nella parte inferiore dell'addome. Asportata l'appendice, dopo circa due mesi, le due pupille divengono uguali per dimensione.

Il tema è quasi privo di letteratura. L'unico in Italia che lo abbia, incidentalmente, trattato fu il Donini nel suo lavoro sulla anisocoria nelle sindromi addominali (*Giornale di Clinica Medica*, 1928, n. 2).

Secondo il Donini, le anisocorie addominali, sono soltanto poco meno frequenti di quelle toraciche. In ammalati delle forme cliniche più svariate, ha trovato una percentuale anisocorica oscillante tra il 29 e il 36 % dei

toracici ed il 21 e il 27 % degli addominali. Le sindromi addominali più facilmente soggette a fatti di anisocoria sono: le colecistopatie 81 %; le ipersplenomegalie 87,5 %; le coliti 81,8 %; vengono poi il tifo 32 %; i tumori gastrici; le idronefrosi; le nefroptosi; le gastroenteroptosi.

Nelle appendiciti (l'A. non specifica se croniche od acute), avrebbe trovato l'anisocoria nel 42 % dei casi. A differenza però del Buchmann, la midriasi è sempre sinistra, raramente destra. Tale fatto è interpretato dall'A. con la deviazione a sinistra, di gran parte delle fibre simpatiche addominali; lungo il tronco aortico. La genesi del fenomeno oculare è concepita come effetto di azione di stimolo, tanto diretta, quanto riflessa, di natura tossica o tossi-infettiva.

Altro A. che ha lavorato sulla midriasi in corso di appendicite cronica è il dott. Polipneho di Praga (*Westink Khirurgi*, n. 19, 1930). Non ne conosco le conclusioni non avendo potuto avere il lavoro per quante ricerche e richieste abbia fatto.

La midriasi, bilateralmente, fu trovata dal Cavallini (*Annali di Medicina Navale e Coloniale*, 1927, nov.-dicembre), nelle peritoniti tubercolari.

Questa è la breve e modesta letteratura sul sintoma in questione.

*
* *

Per incarico, ricevuto dal mio Maestro Prof. O. Marchetti, ho sistematicamente ricercato tal sintoma nei malati di appendicite cronica, che nel corr. anno, sono stati internati, nel 1° turno chirurgico di questo R. Arcispedale, nel quale presto servizio.

I casi, presi dal sottoscritto in esame, assommano a 15. Questi, pur presentando all'indagine semeiotica una netta sintomatologia appendicolare, tuttavia, ripetutamente osservati, durante la degenza in Ospedale, mai presentarono midriasi nè destra nè sinistra. In tutti i malati si ebbe il riscontro operatorio ed il conforto isto-patologico del pezzo asportato. Ma nello studio di tali ammalati, non mi limitai soltanto alla ricerca della midriasi statica, decisi anche di indagare su quella dinamica, cioè provocata mediante instillazione di midriatici. A tale scopo usai l'Atropina e il Cloridrato di cocaina all'1 %. Le instillazioni venivano eseguite bilateralmente. Anche però queste ricerche furono negative e non ottenni mai dal lato destro una midriasi maggiore che dal lato sinistro.

Debbo d'altra parte dichiarare, che nelle mie ricerche non feci mai uso di pupillometri, poichè quelli esistenti sono di difficile impiego e di costo assai elevato. Infatti nei casi presi in esame non si trattava di misurare il diametro pupillare ma di apprezzare uno stato di midriasi di una pupilla nei confronti di un'altra. Ora io ritengo che questa differenza, perchè veramente abbia valore semeiotico tanto da erigerla a segno patognomonico di una sindrome morbosa, così polimorfa nelle sue estrinsecazioni cliniche, qual'è l'appendicite cronica, debba essere tanto sensibile da essere avvertita ad occhio nudo.

Infine io penso che se questa midriasia destra fosse così frequente (92 %) e di così facile reperto come ci viene descritta dall'A. francese da non pochi sarebbe stata già messa in evidenza e trattata ampiamente nelle numerose pubblicazioni che la moderna bibliografia riporta a proposito della appendicite cronica. Infatti se consultiamo i più recenti lavori pubblicati, anche posteriormente a quelli del Buchmann, la midriasi destra quale sintoma di appendicite cronica, o viene appena enumerata tra i diversi sintomi ed apprezzata con molto scetticismo (*Minerva Medica*, n. 19, 1931, Buisson M.) o non viene neppure ricordata. Molto significativa, a tal proposito, è la pregevole monografia, di recente pubblicazione (Milano, Ed. Sperling e Kuffer, 1930) della dottoressa M. Pellini sulla diagnosi clinica della appendicite cronica. In tale monografia vengono riportate 48 osservazioni dai più svariati quadri clinici. Ogni osservazione è corredata da un'anamnesi e da un minuzioso esame obbiettivo. In nessun caso, fu rilevato tal sintoma che per la sua facilità di reperto doveva certamente attrarre l'attenzione dello studioso.

*
* *

Di fronte a questi resultati ed a tali considerazioni, io credo con sicurezza potere affermare, che la midriasi destra è di difficilissimo e raro reperto negli affetti da appendicite cronica. La sua presenza d'altra parte, non depone senz'altro per uno stato di appendicite cronica poichè (a parte le affezioni cerebrali, cervicali, e toraciche che la possano determinare) varie e molteplici, come abbiamo visto, sono le sindromi addominali che possano determinare uno stato di midriasi.

Firenze, giugno 1931.

RIASSUNTO.

L'A., prendendo lo spunto da un articolo del Buchmann, il quale considera la midriasi destra quale sintoma patognomonico di ap-

pendicite cronica, ha sistematicamente ricercato tal sintoma in 15 casi capitati alla sua osservazione. Ne conclude che questo segno è di difficile reperto, la sua presenza d'altra parte non depone senz'altro per uno stato di appendicite cronica poichè molteplici sono le forme morbose che lo presentano.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti di Roma.
Ospedale al Policlinico Umberto I - I Padiglione Chirurgia.
Primario chirurgo: Prof. V. Puccinelli.

Emosiderinuria in anemia (splenomegalia) emolitica - Splenectomia.

(Nota preliminare).

Dott. Giuseppe Ruscica,
assistente ordinario degli Ospedali Riuniti, già assistente di Patologia Speciale Chirurgica nella R. Università di Roma.

Nell'eseguire gli usuali esami delle urine di un paziente di 15 anni trasferito il 20 luglio 1931 in questo I Padiglione dai reparti Clinici del Policlinico Umberto I con diagnosi di ittero emolitico e sottoposto a splenectomia (operatore prof. Vittorio Puccinelli (1) il 21 luglio 1931, la nostra attenzione si era soffermata sia sull'aspetto rossastro marrone delle urine, che sulla notevole quantità di sedimento polverulento (dai 70 ai 100 cc. su 800, 1200 cc. di urina emessa nelle 24 ore).

Le reazioni comuni per l'albumina ne facevano rilevare tracce. Glucosio assente. Corpi chetonici assenti. Muco pus assente (chimicamente).

Interesse maggiore destava l'esame microscopico del sedimento polverulento anzidetto.

In quattro esami condotti in giorni successivi, nei campioni di urine, notavamo presenza di notevole quantità di granuli bruno-marrone, nella maggior parte liberi, alcune volte inclusi in qualche raro cilindro granulo-jalino o in rare cellule di sfaldamento delle vie alte urinarie.

Non si potevano rilevare emazie: qualche leucocito con citoplasma rigonfio e pigmentato.

Mentre per parte di tali granuli di colorito bruno non era difficile determinare che si trattava di cristalli di urati, data anche la loro morfologia, rimanevano tuttavia incerti nell'identificare la natura delle altre formazioni granulose più abbondanti presenti nel campo microscopico e di colorito notevolmente più scuro che non i cristalli di urati.

Potevamo scartare l'ipotesi che potesse trattarsi di pigmenti biliari o di emoglobina per i risultati assolutamente e costantemente negativi delle reazioni all'uopo eseguite.

A questo punto, anche perchè avevamo precedentemente seguite le memorie del Marchiafava, del Nazari e del Micheli a proposito delle anemie (splenomegalie) emolitiche con emosiderinuria-emoglobinuria, pregavamo la Dott. Bucci, Aiuto dei Laboratori Centrali Patologici degli Ospedali Riuniti di Roma, di voler stabilire se per quanto riguardava la natura dei granuli colorito marrone di cui sopra, non si trattasse, eventualmente di emosiderina.

È risaputo come in qualcuno dei rarissimi casi fin'ora noti dell'entità morbosa isolata dal Marchiafava dal gruppo degli itteri emolitici e dalle emoglobinurie, la presenza di emosiderina nelle urine sfuggita o non precisamente individualizzata, sia stata messa qualche volta in rilievo dopo più attento esame delle urine.

Il Micheli, nella sua recente memoria ampiamente illustrata su un caso di « anemia (splenomegalia) emolitica con emoglobinuria-emosiderinuria tipo Marchiafava » incidentalmente accenna a fatti del genere.

Anche per questa ragione, comunque nella lettura delle cartelle nosografiche dei diversi Istituti Clinici ed Ospedalieri presso i quali il paziente era stato ricoverato e curato con diagnosi di ittero emolitico (l'affezione, come esporremo ampiamente nella nota definitiva, data dall'età di 5 anni circa, alternata da periodi di discreto benessere con altri di ricaduta) non fossero menzionati nè reperti di emoglobinuria, nè di emosiderinuria, non potevamo ritenere superfluo di indagare con maggiore obbiettività sulla natura dei granuli

(1) Atto operativo. Anestesia eterea. Incisione transrettale sinistra. La milza presenta scarsissime aderenze e si può facilmente procedere alla splenectomia.
Sutura con catgut, a punti staccati, del peritoneo Parete a strati.
Milza (esame macroscopico dettato dal Chiar.mo prof. Dionisi: 22-7-1931).
Peso grammi 375. Persistono i solchi fetali. La capsula è tesa. il parenchima è rosso scuro vinoso e la polpa ha un colorito dubbio di melanosi da stabilirsi nei preparati istologici di frammenti fissati in alcool. Sistema delle trabecole poco sviluppato: follicoli non visibili.
Il tumore della milza pare risulti prevalentemente da modificazioni della polpa, in maniera meno evidente dei seni.
Negli strisci del parenchima non si rinvengono parassiti di alcuna specie all'esame microscopico (riferiremo, in seguito, i risultati degli esami istologici).

bruno-marrone riscontrati nei sedimenti urinari dell'ammalato in esame.

Trascriviamo intanto, integralmente, alcune delle relazioni pervenuteci in merito dai laboratori Patologici di questi Ospedali e redatte dalla Dott. Bucci (tralasciamo, per brevità, quanto non sia in rapporto con la direttiva della speciale ricerca).

26-7-1931 — Campione delle urine delle 24 ore cc. 1100; densità: 1009; pigmenti biliari: assenti; urobilina: assente; emoglobina: assente (Meyer); emosiderina: positiva macroscopicamente (reazione al ferrocianuro K-HCL).

28-VII-1931. — Urine delle 24 ore cc. 1700; peso specifico: 1009; colorito come vino marsala; sedimento polverulento cc. 100 circa; pigmenti biliari: assenti; urobilina: assente; emoglobina: assente (Meyer-Guaiaco-benzidina); emosiderina: presente. La reazione macroscopica al ferrocianuro K-HCL è più intensa della volta precedente.

Esame microscopico del sedimento. — Abbondanti fosfati tricalcici e cristalli di triplofosfato ammonico-magnesiaco. Scarsi urati in cristalli. Deposito polverulento che assume il colore azzurro del ferro trattato con ferrocianuro K-HCL. Non si rinvengono che scarsissime cellule di sfaldamento: qualche leucocito disfatto.

Emazie assenti. Cilindri assenti.

I reperti urinari controllati fino ad oggi ogni 24-48 ore hanno dato risultati del tutto analoghi a quelli sopra riferiti.

Le urine emesse nelle 24 ore hanno variato, dagli 800 cc. ai 1200 cc. con peso specifico da 1009-1012-1021. Il colorito ocra-rossastro discretamente torbido al mattino, è sempre rosso-mattone sporco nelle urine emesse nelle ore pomeridiane ed in quelle della notte. In queste, lasciate sedimentare spontaneamente, deposita dai 60 ai 100 cc. di parti polverulente aventi colorito caffè e latte. In tale sedimento è costante e nettissima la reazione del ferro; negativa sempre la reazione dell'emoglobina.

Il paziente si è alzato in 12ª giornata dall'atto operativo guarito chirurgicamente: si nutrisce regolarmente: alvo regolare ogni 24 ore: feci di aspetto e consistenza normali.

Il colorito nettamente giallo delle sclere e pallido della cute del corpo, specie al viso, presentato dal paziente al momento del ricovero, si è notevolmente attenuato, ma non è completamente scomparso.

Non si sono verificati rialzi febbrili dalla 4ª giornata dopo la splenectomia.

I valori globulari che avevano subito un aumento notevole 24 ore dopo l'atto operativo (iperglobulia e iperpolinucleosi) in 15ª giornata sono ridiscesi quasi alle stesse cifre trovate negli esami ematologici eseguiti prima della splenectomia. (Anemia a tipo secondario con modica leucopenia, anisocitosi, poichilocitosi, microcitosi, scarse emazie nucleate, scarse emazie granulo-filamentose).

*
* *

Di fronte ai risultati dei reperti urinari dimostranti emosiderina (reperti come abbiamo già detto, per la prima volta da noi messi in evidenza nel nostro paziente) noi abbiamo creduto opportuno non tralasciare ulteriori ricerche tanto nel campo isto-patologico su frammenti della milza fissati in alcool-formulina 10 %, che in quello sierologico, ematologico e chimico-clinico (urine, feci) con lo scopo di potere avere precisi ragguagli per formulare una più esatta terminologia, chiarire la genesi dell'emosiderinuria in ispecie, e per potere anche stabilire se eventualmente la forma morbosa pervenuta al nostro studio con lo speciale reperto urinario anzidetto non possa o debba essere isolata dal gruppo degli itteri emolitici alla stessa stregua dei casi studiati dal Marchiafava, Nazari, Micheli, Ceconi-Biffis (1915), H. G. Giffin (1923), L. Manini (1927), Nazari (1931), Barta e Gorög, Donati, e noti col nome di anemie croniche, anemie (splenomegalie) emolitiche con emosiderinuria ed emoglobinuria.

Non avendo ancora esperite tutte le rigorose indagini di laboratorio che l'importanza del caso richiede, noi, con voluta prudenza, ci siamo soltanto occupati, in questa nota, di fissare e mettere in evidenza quanto costituisce, attualmente, l'interesse principale dell'osservazione clinica: l'Emosiderinuria.

In proseguo ci ripromettiamo di dare ampia conoscenza delle varie indagini cliniche ed ematologiche raccolte dai vari Istituti che ebbero in cura il paziente e riferiremo sui risultati delle nostre ricerche.

Intanto sentiamo doveroso volgere i nostri ringraziamenti al Chiar.mo Professor Dionisi e alla nostra collaboratrice Dott. Bucci per averci dato modo di indirizzare con obbiettività ed esattezza le ricerche inerenti al caso.

Roma, 8 agosto 1931-IX.

RIASSUNTO.

L'A. ha messo in evidenza un reperto di emosiderinuria in un giovane operato di splenectomia con diagnosi di ittero emolitico.

Prospetta l'ipotesi che possa trattarsi d'una forma emolitica ravvicinabile a quella scritta dal Marchiafava, dal Nazari, dal Micheli e si riserva nella Nota definitiva di far conoscere tutti i risultati delle ricerche inerenti al caso.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

Le afasie.

(H. ROGER. *Marseille-Médical*, 1930, n. 21).

L'afasia è la perdita dei segni convenzionali del linguaggio parlato e scritto. L'afasico pur conservando la facoltà di articolare i suoni e la mobilità della mano, non può parlare nè scrivere. Senza essere cieco, sordo e demente non può comprendere ciò che sente e ciò che legge.

La storia delle conoscenze sull'afasia sono passate per tre tappe.

Nel 1861 Broca studiando il cervello di un soggetto che non poteva parlare localizzò la lesione causale nel piede della terza circonvoluzione frontale sinistra. Prima di lui Dax aveva per primo stabilita la coesistenza dell'afasia con l'emiplegia destra.

Nel 1874 Wernicke in opposizione alla precedente afasia, detta *motoria*, ne distinse un'altra varietà detta *sensoriale*, nella quale mancano o sono scarsi i disturbi dell'articolazione della parola e prevalgono quelli della comprensione del linguaggio parlato (*sordità verbale*) e del linguaggio scritto (*cecità verbale*). L'afasia sensoriale sarebbe legata a lesioni della plica curva e del lobo temporale.

Nel 1906 Pierre Marie insorge contro queste divisioni e contro queste localizzazioni troppo schematiche. Per lui l'afasia è una, limitata ai disturbi del linguaggio interiore. La sola afasia che merita questo nome è l'afasia sensoriale di Wernicke.

L'afasia motoria è in effetti un'anartria, e non ha il suo centro limitato al piede della terza circonvoluzione frontale, la quale può essere lesa senza che vi sia disturbo del linguaggio ed è spesso indenne in caso d'anartria.

La sua localizzazione si estende a tutto un quadrilatero comprendente l'insula, la capsula esterna, la capsula interna, il corpo striato, la parte anteriore del talamo ottico, ed il cui centro è formato dal nucleo lenticolare.

Le diverse forme di afasia considerate un po' schematicamente, supponendole ciascuna separate dalle altre, possono assumere le seguenti varietà:

1. *Sordità verbale*, che consiste nella perdita della comprensione del linguaggio parlato. Il soggetto non può eseguire alcun ordine parlato non accompagnato da gesto, è come l'individuo che viaggia in un paese straniero di cui non conosce la lingua. Tuttavia i ricordi molto antichi di suoni (inni patriottici, cantici, canzoni popolari, il proprio nome e cognome) sono spesso riconosciuti.

Nella sordità verbale parziale il soggetto può non riconoscere la musica (amusia), il poliglotta ricordarsi solo della propria lingua.

La sordità verbale avrebbe il suo centro nella prima circonvoluzione temporale sinistra.

2. *Cecità verbale* o *alessia*, che consiste nella perdita della comprensione del linguaggio scritto. Il malato, che comprende perfettamente ciò che gli si dice, che parla correttamente, non può leggere e quindi non può rispondere alle domande fattegli per iscritto. Può scrivere spontaneamente o sotto dettatura ma è incapace di rileggersi. Tuttavia è per lo più conservata la comprensione di brevi scritti abituali (propria firma, titoli di giornali, iscrizioni).

Il centro della cecità verbale è nella plica curva.

Per lo più è accompagnata da emianopsia.

3. *Asfasia motoria pura* o *afemia* di Charcot, *anartria* di Pierre Marie, che consiste nella perdita di ogni linguaggio parlato, mentre sono conservate l'audizione, la lettura e la scrittura. Il malato quando vuol farsi comprendere è obbligato a scrivere.

L'afasico motore parziale ricupera qualche sillaba, qualche parola: le frasi sono ridotte al loro scheletro (afasia agrammatica o asintattica). Il poliglotta potrà recuperare più facilmente la propria lingua e meno le altre. Talora il canto è conservato. Talvolta invece è disturbata solo la musica del linguaggio (afasia d'intonazione).

Il centro dell'afasia motoria non è limitato al piede della terza circonvoluzione frontale, come una volta si credeva, ma l'oltrepassa indietro ed in profondità nella zona quadrilatera di Pierre Marie con centro nel nucleo lenticolare.

4. *Agrafia*, che consiste nella perdita del linguaggio scritto. Il malato non può scrivere spontaneamente (salvo la firma) nè sotto dettatura. La copia talvolta è conservata.

Nell'agrafia incompleta l'infermo può disegnare, scrivere i numeri, e le maiuscole.

Si riteneva una volta che il centro dell'agrafia fosse situato nel piede della seconda circonvoluzione frontale sinistra. Ma dopo gli studî di Déjerine e Miraillé non si ammette più centro dell'agrafia, nè agrafia isolata, indipendente dalla cecità verbale.

Insieme ai disturbi su accennati negli afasici si ha un disturbo particolare del linguaggio consistente nella sostituzione di una parola parlata o scritta con una parola differente da quella corrispondente all'oggetto designato: *parafasia* e *paragrafia*.

Talora la parola pronunziata o scritta ha una correlazione lontana d'idea con la parola propria: vetro per bicchiere, coltello per forchetta; talvolta ha solo un rapporto di asso-

nanza: martello per coltello; ma può anche mancare qualsiasi relazione.

In alcuni casi il malato ha tendenza a ripetere la medesima parola, che spesso, anche nelle persone di buona società, è grossolana o triviale.

Nelle forme più accentuate il malato ha un linguaggio composto di alcune parole correnti, sempre le stesse, ma senza alcun nesso sintattico.

Nelle forme di maggiore gravità il linguaggio è costituito da parole inventate del tutto, spesso per interpolazione sillabica di una stessa parola, e quindi totalmente incomprensibile. Le parole sono abbreviate, deformate, sostituite da suoni gutturali.

Gli afasici presentano quasi costantemente un *deficit mentale* più o meno accentuato.

Questo deficit riguarda soprattutto il linguaggio e le nozioni didattiche. Un afasico sensoriale non si avvede che dice parole senza nesso. Un afasico motore non ricorda più il numero delle sillabe contenute nella parola che non può pronunziare (prova di *Proust-Lichtheim-Déjerine* consistente nel chiedere al malato di stringere tante volte la mano per quante sono le sillabe contenute nella parola).

I ricordi didattici, in particolare il calcolo, sono turbati. Il senso di orientamento è spesso alterato. La mimica dei gesti è ridotta al minimo.

L'attenzione non può essere sostenuta a lungo.

Nei casi gravi il deficit mentale arriva fino alla demenza.

Nell'afasia sensoriale di Wernicke (combinazione di cecità e sordità verbale) il deficit mentale è spesso pronunziato. Si ha spesso una vera devastazione di tutto il patrimonio culturale. L'infermo non ricorda più tutte le nozioni acquisite con lo studio: le lingue straniere, la musica, ecc. La critica è debole.

Le reazioni emotive sono puerili.

Talvolta si ha l'*agnosia*, consistente in disturbi della percezione e del riconoscimento delle persone e delle cose. Caratteristico è il disturbo dell'identificazione secondaria, per il quale pur persistendo il riconoscimento della forma e della consistenza dell'oggetto, è abolito il senso dell'uso al quale esso serve (*asimbolia, cecità psichica*). Un malato al quale si consegna una trombetta fa il gesto di bere come se si trattasse di un bicchiere.

Tal'altra si ha l'*aprassia*, disturbo per il quale il malato pur conservando l'intelligenza e la motilità, è incapace di eseguire i movimenti adatti a raggiungere uno scopo.

L'afasia di Wernicke non comporta una vera emiplegia (soltanto emiparesi transitoria con emianestesia), ma sempre emianopsia.

La cecità verbale o alessia, dovuta a lesione dell'arteria cerebrale posteriore, che comporta lesioni del talamo, della parte inferiore del lobo temporale, del cuneo e dello splenio del corpo calloso, si accompagna spesso ad emianopsia ed emianestesia, con emialgia.

Nell'afasia totale o afasia di Broca il fatto più imponente è l'anartria. L'emiplegia è di regola, l'emipoestesia è frequente. Il deficit intellettuale è spesso notevole.

È dovuta a rammollimento della silviana sinistra con lesioni delle circonvoluzioni che circondano la scissura di Silvio, il putamen, il nucleo caudato, la capsula interna, la sostanza bianca della parte posteriore del lobo frontale e dell'anteriore del lobo temporale.

L'anartria pura è talvolta l'esito di un'afasia di Broca, ma può esistere da sola associata ad emiplegia. Secondo la concezione di PP. Marie non è una vera afasia in quanto comporta il linguaggio interno. Il malato non può emettere che qualche suono inarticolato, ma comprende tutto ciò che gli si dice e legge. L'intelligenza è intatta, la mimica è espressiva. L'anartrico è un silenzioso intelligente.

Le afasie possono essere *persistenti* e *transitorie*.

Le *afasie persistenti* sono dovute il più delle volte a trombosi, talora ad embolie. S'inizia spesso con ictus ed emiplegia. Nel rammollimento questo inizio brusco può essere preceduto da sintomi premonitori, da episodi afasici anteriori di breve durata. Talvolta l'afasia si stabilisce lentamente.

Quando si tratta di anartria si può sperare in una guarigione completa con lieve disartria; nell'afasia di Wernicke il miglioramento è parziale; nell'afasia di Broca lo stato che si constata alla fine del primo anno può considerarsi definitivo.

Nell'emorragia cerebrale l'afasia è sommersa da disturbi più gravi.

Il tumore cerebrale provoca talora un'afasia progressiva.

Un'afasia che si svolge in 1-3 settimane è talora l'unico sintomo rivelatore di un ascesso cerebrale otitico del lobo temporale sinistro.

I traumi cefalici possono provocare afasia globale.

Le *afasie transitorie* sono spesso dovute: *a*) a crisi congestive sopravvenienti sopra una lesione meningocorticale (meningite cerebrospinale, tubercolare, sifilitica, paralisi generale); *b*) a spasmi di un'arteria più o meno lesa (ipertensione, saturnismo, tabagismo, diabete, uremia tipo) o sana (emicrania, epilessia).

La cura dell'afasia — scrive Foix — è quistione di pazienza e coraggio da parte del paziente e del medico.

Alla rieducazione fonetica alla maniera dei sordomuti Froment preferisce il metodo psicofisiologico. Si fanno pronunziare dapprima le parole di cui si può ricordare il significato con un disegno, con un'onomatopea, le pa-

role conservate nel linguaggio automatico delle canzoni.

L'anartrico è facilmente rieducabile, mentre l'afasia di Wernicke è poco suscettibile di cura.

DR.

Etiologia e terapia della pachimeningite emorragica interna.

(HOHLBAUM. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 164, pagina 181, 1931).

In tre casi operati con diagnosi di tumore cerebrale si rinvenne invece un grosso ematoma sottodurale che si estendeva su quasi tutta la convessità e specialmente sulla regione frontale e temporale. I coaguli aderivano alla dura che appariva pigmentata in bruno e ispessita per più millimetri.

L'etiologia della affezione è discussa; Virchow ha ammesso che si tratti di una flogosi emorragica della superficie interna della dura mentre altri vedono l'emorragia come la causa dell'affezione.

Nelle ricerche più recenti è stato messo in evidenza come quasi sempre manchino i segni di una flogosi, anche il fatto di rinvenire frequentemente le alterazioni in bambini parla più per una genesi traumatica. Resta da spiegare perchè in questi casi il sangue non venga riassorbito e perchè si abbiano ogni tanto nuove poussées emorragiche.

Poichè la pachimeningite emorragica interna è rinvenuta frequentemente in casi di affezioni cardiache, renali, nell'arteriosclerosi, ecc. si è pensato che la sua causa consistesse in una lesione delle pareti vasali. Sembra essere questa l'ipotesi più accettabile.

La sintomatologia è varia. In moltissimi casi la malattia decorre senza il minimo sintomo, in altri casi prevalgono i segni della compressione cerebrale (cefalea, vomito, sintomi oculari, ecc.),. in altri alterazioni della psiche.

Nei casi acuti la morte sopravviene con il quadro della apoplessia o della meningite.

Il liquor che si ottiene da puntura lombare o sotto occipitale è chiaro.

In genere la diagnosi non vien fatta se non nei casi in cui si hanno remissioni e crisi di aggravamento ripetute specie se sono accompagnate da febbre.

Nella diagnosi differenziale ha importanza la puntura cerebrale che dà esito a liquor con sangue mentre la sottooccipitale dà liquor normale.

La cura radicale è la chirurgica applicata in pochi casi. Non occorre resecare la dura e sostituirla con lembi aponeurotici ma è sufficiente detergere accuratamente il focolaio e legare il tronco dell'arteria meningea media.

Non drenaggio.

L'Hohlbaum ha avuto 2 guarigioni e un decesso.

P. VALDONI.

Contributo clinico agli astrocitomi cerebellari.

(H. CUSHING. *Surg. Gyn. and Obst.*, 1931).

L'A. osserva che il tumore in parola costituisce un altro esempio di tumori gliomatosi che, come i medulloblastomi, ha una speciale predilezione per il verme cerebellare come sede e dà una sindrome abbastanza caratteristica. I tumori sono di origine congenita e datano i primi segni dell'infanzia, l'età media dei ricoverati essendo di 13 anni. Inizia con cefalea mattutina e vomito. Causa la loro sede danno invariabilmente un'idrocefalo secondario. I sintomi cerebellari possono invece sopraggiungere tardivamente quando il tumore è assai cresciuto di volume.

Generalmente tali tumori contengono cavità cistiche ma possono esser costituiti solo da masse compatte. Le cisti furono talvolta solo aperte all'intervento e perciò la sindrome ricomparve in seguito; solo l'asportazione completa assicura la guarigione.

La diagnosi differenziale potrebbe essere posta con altre forme di tumori della regione: medulloblastomi, angioblastomi, ependimomiomi. Il tumore è composto di astrociti protoplasmatici e fibrillari e può essere di aspetto più o meno compatto. Il tumore può farsi strada attraverso il verme e esservi nascosto, in tal caso si dovrà incidere il verme per giungervi. L'A. ha raccolto ben 76 casi proprii. La mortalità complessiva è stata del 18 %; ma negli ultimi 25 solo del 4 %.

V. GHIRON.

TISIOLOGIA.

Dell'eredità paterna in materia di tubercolosi e degli argomenti apportati dallo studio morfologico del testicolo nei tubercolotici.

(P. NAYRAC e A. BRETON. *La Presse Médicale*, 8 agosto 1931).

I metodi attuali di investigazione non permettono di scoprire disturbi funzionali importanti della secrezione testicolare esterna nei tubercolotici.

Però lo studio anatomico del testicolo dei medesimi individui ha rivelato agli AA. l'esistenza di una orchite tubercolare latente, senza alcun segno clinico.

Essi hanno compiuto l'esame istologico delle ghiandole genitali di 11 tubercolotici con lesioni bilaterali di età tra i 17 e i 35 anni che in vita non avevano mai presentato sintomi di tubercolosi testicolare. I testicoli venivano prelevati poco dopo la morte al massimo nelle due ore successive e venivano fissati mediante una iniezione interstiziale di liquido di Bouin.

In cinque casi gli AA. hanno trovato sclerosi interstiziale che aveva condotto parecchie volte alla sinfisi tubulo-tubolare e talvolta anche alla formazione di vaste masse connettivali formanti una ganga intorno ai tubi epiteliali.

La ghiandola interstiziale apparve spesso ipoplasica. I tubi epiteliali mostravano una netta diminuzione della quantità del parenchima in un po' più della metà dei casi.

La spermatogenesi apparve spesso profondamente turbata; in due casi la spermatogenesi era molto rallentata e in cinque casi vi era metaspermatogenesi arrestata agli spermatidi, agli spermatociti ed in un soggetto agli spermatogoni.

Ricerche ulteriori compiute, sempre dai nostri AA. in soggetti morti in pochi giorni di tubercolosi meningea, hanno permesso loro di fare costatazioni analoghe, il che starebbe a dimostrare quanto sia sensibile all'infezione tubercolare, la ghiandola genitale.

Per quello che riguarda la patogenesi di queste lesioni gli AA. escludono che si tratti di lesioni specifiche e che il virus tubercolare intervenga nella loro produzione direttamente. Essi credono invece che l'orchite latente osservata nei tubercolotici sia di origine tossinica e sia in un certo modo l'espressione di una reazione generale delle ghiandole genitali.

Concludendo: lo spermatozoo eiaculato da un tubercolotico polmonare proviene nella maggioranza dei casi da un testicolo profondamente alterato; esso perciò possiede una struttura anormale ed il suo prodotto deve risentirne per un processo di eredità cellulare.

È dunque molto importante ricordare che il figlio di un tubercolotico polmonare è nato da uno spermatozoo anormale.

Quali saranno le conseguenze di questo fatto? Probabilmente questo fattore di eredità paterna agisce e creando una debolezza costituzionale che si rivelerà più tardi e favorendo anche la produzione di reazioni umorali difensive. A questo punto la morfologia deve forzatamente trarsi da parte e lasciare la soluzione dell'arduo problema all'esperimento batteriologico ed alla statistica clinica.

VICENTINI

Sull'impiego dell'argon nel pneumotorace artificiale.

(CHARLES AUGUSTE. *Annales de Médecine*, giugno 1931).

Aronvald e Risler hanno avuto l'idea di utilizzare sul pneumotorace terapeutico i gas rari invece dell'azoto; essi hanno raccomandato l'uso dell'argon, che secondo le loro osservazioni realizza una compressione perfetta e costante. Si sa che gli atomi dell'argon sono particolarmente stabili, per cui chimicamente è un gas inerte e quasi inassorbibile. Sebbene questi autori abbiano detto che col metodo loro era risolto il problema più noioso della cura pneumotoracica, quello cioè dei rifornimenti frequenti, l'Auguste, che si è voluto servire dell'argon, non ne ha avuto risultati che differiscono molto da quelli coll'azoto.

Egli ha osservato che l'argon introdotto nella pleura è riassorbito in un tempo più o meno lungo; di più egli notò che per mantenere un pneumotorace coll'argon è necessaria una quantità di argon superiore a quella necessaria a mantenere un pneumotorace coll'azoto.

Qualunque sia il gas introdotto nella pleura, dopo un certo tempo la composizione del gas pleurico è uguale e precisamente ha 6 parti di ossigeno, 6 di acido carbonico e 88 di azoto. Si tratta di un fenomeno puramente fisico dovuto alla permeabilità della pleura ai gas.

Siccome i gas sono assorbiti dalla pleura con una velocità tanto maggiore quanto minore è la concentrazione del gas stesso nell'aria atmosferica, non si devono adoperare gas rari per istituire e mantenere un pneumotorace. L'azoto (che è i 4/5 dell'aria atmosferica) è il gas più indicato a questo scopo.

R. LUSENA.

L'auroterapia locale.

(G. ROULIN. *Gazette des hôpitaux*, 10 giugno 1931).

I sali di oro (tipo sanocrisina) si vengono da qualche tempo usando come cura locale, specialmente nella pleurite tubercolare.

L'A. ne passa in rivista le diverse applicazioni.

AUROTERAPIA ENDOPLEURICA. 1) *Fistole pleuro-polmonari* (da raccolte pleuriche tubercolari). Puntura evacuatrice seguita da iniezione endopleurica di 10 cg. di tiosolfato, diluiti in 4-5 cmc. di acqua distillata; ripetere le iniezioni ogni 5 giorni aumentando la dose di 5 cg. per volta, fino ad un massimo di 30-40. Se il versamento si riproduce, ciò che accade di raro, si fanno precedere le iniezioni da puntura evacuatrice.

Nel caso di perforazione in oleotorace, il tiosolfato va diluito in olio colesterinato.

2) *Raccolte purulente con pus spesso.* Iniezioni settimanali a dosi medie (cg. 20-40) dopo aver provato la suscettibilità pleurica mediante iniezioni progressive partendo da cg. 5. In 2-6 settimane, si ha una fluidificazione dell'essudato, che può essere evacuato mediante un trequarti fino.

3) *Ascessi freddi da pneumotorace.* Dosi di 30-40 cg. ripetute ogni settimana; nei 2/3 dei casi, si ha un miglioramento notevole con-

sistente soprattutto nella diminuzione marcata della raccolta purulenta.

4) *Pleuriti siero-fibrinose del pneumotorace.* Su questa applicazione i risultati, pure essendo apprezzabili, non sono ancora perfetti.

5) *Piotoraci maligni.* Si usa la stessa tecnica; risultati favorevoli.

6) *Pleuriti purulente tubercolari.* I miglioramenti si hanno nei 2/3 dei casi.

7) *Pleuriti a frigore.* L'auroterapia a piccole dosi accelera il riassorbimento; bastano, spesso, dosi di 5 mg. a 10 cg. per iniziare la defervescenza; raramente esse vanno ripetute 2-3 volte. I vantaggi sono soprattutto sensibili nelle forme gravi con temperature di 39°-40° che durano per oltre 3 settimane, con versamento che si riproduce rapidamente dopo l'evacuazione.

AUROTERAPIA ENDOPERITONEALE. Sono stati osservati risultati favorevoli in peritoniti tubercolari mediante iniezioni endoperitoneali di 5-10 cg.

AUROTERAPIA ENDORACHIDEA. Sembra che il trattamento tenda piuttosto ad aggravare le condizioni.

AUROTERAPIA NELLE FORME CHIRURGICHE. Le osservazioni precedenti fanno ritenere che essa possa essere efficace nel trattamento degli ascessi freddi e delle forme osteo-articolari o gangliari, sostituendosi alle consuete iniezioni modificatrici. *fil.*

ORGANI DI MOVIMENTO.

L'osteoartropatia ipertrofizzante pneumonica di Bamberger-Marie.

(V. DI CIÓ. *El Hospital Argentino*, 30 luglio 1931).

L'ingrossamento delle dita delle mani e dei piedi è stato riconosciuto sin dai tempi di Ippocrate come manifestazione clinica di affezioni intratoraciche e messo in relazione con la tubercolosi polmonare cronica.

Bamberger nel 1889 e Marie nel 1890 descrissero, separandola dal confuso gruppo delle acromegalie, una entità morbosa autonoma che chiamarono osteoartropatia ipertrofica pneumonica.

L'A. prende occasione da un caso capitato sotto la sua osservazione per fare una breve rivista sintetica della malattia.

Definizione. — È un'affezione caratterizzata dalla seguente triade sintomatica: *a*) deformazioni ossee e articolari considerevoli localizzate alle estremità degli arti con ipertrofia enorme delle mani e dei piedi; *b*) dolori articolari; *c*) difficoltà maggiore o minore nel giuoco delle articolazioni affette.

Etiologia. — Nello studio dei casi che gli servirono a costituire questa entità morbosa, P. Marie notò la frequenza con cui negli antecedenti degli infermi si segnalava una affezione polmonare cronica, onde sospettò che si trattasse di un processo morboso secondario ad una affezione polmonare: questa ipotesi fu poi confermata dalle ulteriori osservazioni di altri autori. Bamberger sostiene di avere osservato questa forma morbosa in individui affetti da sola dilatazione polmonare senza tubercolosi. In seguito numerosi autori descrissero casi in cui mancava l'antecedente polmonare.

Patogenesi. — Ammettendo che la lesione degli organi respiratori sia la causa delle artropatie bisogna domandarsi per quale meccanismo questa lesione determina delle artropatie tanto estese. Anticamente si accettava la possibilità della esistenza di un riflesso che partendo dal polmone ed annessi esercitasse la sua azione sopra la nutrizione delle ossa e delle articolazioni. P. Marie credeva che in seguito alla lesione dell'apparato respiratorio si avesse, sotto l'influenza dei microrganismi, la produzione di sostanze putride o fermentate, che riassorbite, avrebbero una azione elettiva su certe parti delle ossa e delle articolazioni determinando le lesioni della osteoartropatia ipertrofica.

Si può ammettere, secondo l'A., che non solo il focolaio settico polmonare possa produrre le lesioni ossee ma anche altri focolai settici (denti, amigdale, appendice, ecc.), spiegando così i casi in cui mancavano le lesioni polmonari.

Carr sostiene la coesistenza di due fattori: una sarebbe la infezione e l'altra la congestione passiva, che provocherebbe una dilatazione capillare: da questa combinazione proverrebbe uno stimolo fibroblastico ed osteoplastico, che provocherebbe una dilatazione capillare.

Sintomatologia. — La malattia è caratterizzata dall'ingrossamento notevole delle dita delle mani e dei piedi e dall'allargamento e incurvamento esagerato delle unghie il che dà alle dita l'aspetto classico a bacchetta di tamburo. Le articolazioni delle estremità si presentano aumentate di volume, deformate, onde coesiste una certa difficoltà di movimento. Il polso è fortemente ingrossato sia nel diametro trasversale che in quello antero-posteriore: in alcuni casi la deformazione è così grande che potrebbe confondersi con l'artropatia deformante. L'aspetto del piede è analogo a quello delle mani: l'aumento di volume si ha a carico sia delle ossa che delle parti molli. È caratteristico il fatto che l'aumento di volume delle ossa sia più accentuato in corrispondenza dei segmenti distali che dei prossimali. Talvolta anche la rotula segue l'aumento delle altre ossa. Le ossa del tronco (clavicola, scapola, coste) sono anche attaccate dal medesimo processo: la colonna vertebrale mostra spesso una cifosi marcata.

A carico del cranio P. Marie ha notato un ispessimento marcato del bordo alveolare superiore: l'esame della faccia rivela un aumento di volume della narice e la presenza di varicosità più o meno sviluppate. Le articolazioni, specialmente le distali, si mostrano tumefatte onde difficoltà dei movimenti: i dolori articolari possono mancare. È caratteristica la esagerata sudorazione dei piedi e la presenza di alterazioni cutanee varie (pitiriasi, disturbi pigmentari, ittiosi).

L'aspetto radiologico, abbastanza tipico, consiste in alterazioni del periostio, che cominciano spesso nel centro della colonna ossea per poi estendersi verso l'estremità. Questa lesione consiste in un deposito irregolare sottoperiosteo di neoformazione ossea e di rarefazione trabecolare a livello delle epifisi. La diagnosi differenziale radiologica è particolarmente difficile con le periostiti sifilitiche.

Diagnosi. — La diagnosi sorge dalla presenza maggiore o minore dei sintomi descritti e sopratutto dai dati forniti dall'esame radiologico. La diagnosi differenziale è da istituirsi principalmente con l'acromegalia. In questa l'aumento di volume delle dita e del polso è minore, le parti molli sono ipertrofiche nella stessa maniera che il sistema osseo: la cifosi, che è quasi costante, preferisce le regioni cervicale e dorsale superiore mentre nel m. di Bamberger-Marie preferisce la regione lombare.

Altra malattia da differenziare è la lebbra; ma in questa l'aumento di volume è dovuto ad una pseudo elefantiasi consecutiva ad una ipertrofia tegumentaria secondaria allo sviluppo di lepromi nella cute.

Trattamento. — Dovrà essere innanzi tutto causale: curare quindi tutti i processi polmonari e i focolai settici in generale (denti, amigdale, appendice, ecc.) procedendo alla loro completa asepsi.

Paterson ha ottenuto la regressione dei sintomi in una donna di 45 anni mediante la radioterapia profonda.

G. LA CAVA.

Sull'importanza del trauma per la produzione dell'osteocondritis coxae juvenilis deformans, della malattia di Köhler, dell'osteocondrite dissecante, dell'apofisite tibiale, dell'osteocondrite dell'orbita.

(LANG. *Z. f. Chir.*, n. 13, 1931).

In un articolo precedente l'A. aveva fatto rilevare l'importanza di alterazioni profonde come emorragie, distruzione di tessuti con formazione di detrito e formazione di tessuto di reazione in seguito a traumi. L'importanza è dimostrabile con ricerche microscopiche anche quando mancano le alterazioni visibili ad occhio nudo. Tali lesioni sono differenziabili dalle varie alterazioni dell'età giovanile senza trauma, e dalle alterazioni da piccoli traumi ripetuti.

L'occasione di studiare microscopicamente oltre l'osteocondrite deformante giovanile e la malattia di Köhler altri casi di alterazioni ossee locali gli fa credere che esse siano legate ad una influenza traumatica. Complessivamente in queste circostanze nel territorio ammalato si trovano zone di tessuto calloso o di riassorbimento con focolai cartilaginei od ossei (micro tumori scuri) che riempiono piccole fessure o cavità (micro cisti ossee) come scheggette ossee.

Il midollo è gelatinoso e fascicolato, le travate ossee mostrano aumentati fenomeni di distruzione (alterazioni dell'osteite fibrosa). Nella cartilagine articolare si hanno straficazioni con formazione di cavità, tessuti di reazione, con vascolarizzazione o ossificazione di noduli cartilaginei, con formazione di cercine marginale, reperto che secondo le ricerche di Pommer appartiene al quadro dell'artrite deformante.

In tutti questi casi osservati vi erano più o meno evidenti alterazioni periostali. In base a questi reperti l'osteocondrite dissecante, l'apofisite tibiale, l'osteocondrite dell'orbita si devono porre tra le lesioni traumatiche e nel trauma e non nella necrosi embolica come crede Axhausen si deve cercare la causa.

Il reperto della così detta osteite fibrosa localizzata si deve riguardare come uno stadio secondario ad uno stimolo locale con produzione di tessuto di reazione e di riassorbimento.

Le alterazioni traumatiche hanno importanza anche nell'etiologia dell'artrite deformante, la quale sarebbe la conseguenza di formazione di callo con alterazioni della elasticità della cartilagine; alterazioni anatomiche e funzionali.

Essa raggiunge coll'età il suo stadio finale, cominciando nella gioventù.

Con la conoscenza della frequenza delle alterazioni traumatiche nel territorio dei corpi articolari dell'età giovanile, dovute ad uno stimolo o a distruzione di cartilagine intermediaria, si può avere una spiegazione per alcune alterazioni non ancora conosciute nella loro causa legate ad un aumento o inibizione di accrescimento.

R. BRANCATI.

Sulla patogenesi della epicondilite dei giocatori di tennis e degli schermitori.

(CONZETTE. *La Presse Méd.*, 5 agosto 1931).

Malattia è questa caratterizzata da un dolore sull'epicondilo, senza traccia di lesione nè all'esame obiettivo nè all'esame radiografico.

L'epicondilite può iniziare bruscamente, ma più spesso il principio è lento; il dolore è localizzato alla parte anteriore dell'epicondilo e scompare col riposo. La malattia dura per delle settimane e talora anche mesi ed anni. L'epicondilite è una malattia dell'adulto più frequente nell'uomo che nella donna e più specialmente in quelli che si dedicano agli sport.

Circa la causa di questa affezione, sono state emesse diverse teorie, nessuna però soddisfacente. Si è parlato di neurite, di rottura tendinea, di osteite, di osteo-periostite.

L'A. crede che il dolore della epicondilite sia dovuto alle contrazioni dei muscoli antibrachiali che determinano una algia del periostio. Sono sopratutto gli estensori che agiscono sul periostio con l'intermediario delle loro espansioni tendinee ed aponeurotiche che che si intrecciano con le fibre dello strato esterno del periostio stesso.

In conseguenza di questa patogenesi l'A. propone la sostituzione della parola epicondilite con quella di periostalgia apofisaria.

Vicentini.

Sull'osteopsatirosi.

(Busch. *Brun's Brit. Klin. Chir.*, 150, 3).

Riferisce la storia di una ragazza di 11 anni appartenente ad una famiglia di osteopsatirosici, che oltre le sclere blu aveva nella sua anamnesi 11 fratture. Mancava il terzo sintomo, delle alterazioni dell'udito. Anche un fratello di questa aveva avuto 4 volte frattura dell'omero d. e 8 volte del sinistro.

A 10 anni si era iniziata un'adiposi con ipoplasia dei genitali mentre la voce rimaneva profonda; aveva le sclere blu. La madre di questi due soggetti aveva avuto, fino all'età di 4 anni, 6 fratture dell'omero. Anche essa ha le sclere blu e come i figli delle deformità craniche consistenti in un sollevamento delle regioni temporali.

Si tratta di una famiglia con osteopsatirosi che si manifestava con sclere blu e numerose fratture ed in uno con disturbi endocrini.

La abnorme fratturabilità delle ossa si deve cercare in esse. All'esame radiologico non solo la corticale si mostrava soffice come un foglio, ma anche la spongiosa era irregolare con epifisi sottili mentre la calcificazione appariva normale. La lunghezza delle ossa non era alterata e così la linea epifisaria secondo le età.

Questa forma si può definire con Denisteks come la conseguenza di una displasia periostale mentre Gurlt e Lobstein credono ad una atrofia ossea eccentrica, una rarefazione del tessuto osseo per aumento del canale midollare. Forse agiscono i due processi insieme.

L'alterazione del cranio con sporgenze delle regioni temporali è stato trovato anche da Lesné e Laugla ed in un caso era tanto pronunziata che le orecchie guardavano in basso.

Come luogo di predilezione delle fratture è stata trovata la zona sottotrocanterica dell'omero.

Per la patogenesi l'A. ricorda le teorie più diffuse specialmente quella che ammette una speciale alterazione del mesenchima.

Rileva la importanza di un caso descritto da Frank in cui si accoppiava una lipodistrofia progressiva: in altri casi esistevano malformazioni come vizi cardiaci, sindattilia, palato fesso.

La patogenesi dell'ost. psatirosi si deve ricercare in una manchevolezza delle sostanze di protezione in relazione con alterazione di sviluppo del mesenchima mentre altri ammettono alterazioni di organi a secrezione interna avendo riscontrato casi con tiroide piccola e forte adiposità, mancanza di peli all'ascella, ipoplasia dei genitali ed altri ancora una ipofunzione delle paratiroidi.

Una terza teoria è ammessa da A. Czerny ed è basata sul miglioramento di questi malati con un trattamento antirachitico specialmente mediante succo fresco di carote nella quantità giornaliera di 100-120 g. Per ciò egli crede che si tratti di una avitaminosi.

R. Brancati.

Basi attuali della paratiroidectomia in certe poliartriti anchilosanti.

(R. Leriche e A. Jung. *Gazette des Hôp.*, 13 maggio 1931).

Che vi sia una relazione fra l'iperparatiroidia e certe poliartriti anchilosanti, è cosa certa. Vi sono delle poliartriti anchilosanti con ipercalcemia che la paratiroidectomia migliora.

Secondo studi recenti vi sarebbe ritenzione di calcio nella maggioranza delle poliartriti anchilosanti, ma la proporzione esatta dei casi di poliartrite anchilosante con ipercalcemia è ancora da determinare.

In casi di questo genere è stata applicata la paratiroidectomia e le esperienze condotte da Oppel e dall'A. dimostrano che, quando vi è ipercalcemia, l'emiparatiroidectomia e la resezione della terminazione dell'arteria tiroidea inferiore sinistra fa cadere il tasso della calcemia e fa diminuire la ritenzione calcica. Parallelamente, ed in poche ore, i dolori cessano, le articolazioni non anatomicamente anchilosate accrescono l'ampiezza dei loro movimenti e l'infermo ha l'impressione di una trasformazione radicale. Naturalmente è ancora impossibile stabilire se il miglioramento è stabile.

Questi risultati sono, secondo l'A., sufficienti per consigliare la ricerca precoce dell'ipercalcemia in tutti i casi di poliartrite anchilosante e per porre l'indicazione della riduzione chirurgica della ipercalcemia quando essa sia stata messa in evidenza.

C. Toscano.

MEDICINA DEL LAVORO.

Malattie professionali dei pescatori.

(G. QUARELLI. *Minerva Medica*, 11 agosto 1931).

Le malattie dei pescatori vanno divise in 1) malattie da eccesso di lavoro; 2) da ambiente di lavoro; 3) da atteggiamenti, compressioni e movimenti di lavoro; 4) da qualità e materiale di lavoro.

L'eccesso di lavoro si compendia nella fatica e strapazzo associati spesso allo stato di animo pieno d'angoscia per i pericoli del lavoro stesso.

Malattie conseguenti all'eccesso di lavoro sono: la dilatazione acuta del cuore, l'angina pectoris, l'aneurisma, l'enfisema polmonare, le ernie, la miocardite, l'arteriosclerosi, ecc.

Tra le malattie professionali di atteggiamento l'A. ricorda le varici alle gambe, gli incurvamenti in avanti del dorso dovuti al remare e quelli in dietro in chi deve tirare la rete alla riva.

I calli delle mani dovuti al remare ed al tirare le corde delle reti sono malattie da compressione.

L'ambiente di lavoro è importantissimo nella patologia dei pescatori. L'eccesso di luce è causa talora di eritemi cutanei che colpiscono i novizi; il freddo intenso provoca geloni, congelamenti, assideramenti da una parte e reumatismi, nevralgie, nefriti da l'altra.

Il colpo di calore o di sole, facilitato dalla immobilità, dall'alcoolismo, dalla scarsa nutrizione di bevande è causa di infermità più o meno grave e talora anche mortale per i pescatori. La pressione atmosferica ha importanza nelle malattie dei pescatori che usano lo scafandro.

Tra le malattie da ambiente di lavoro l'A. ricorda le dermatiti dovute alla azione di erbe, fiori, piante, ed inoltre tutte le malattie che si trovano endemiche nei luoghi ove la pesca viene praticata. Ed ancora tra le malattie da ambiente di lavoro pone quelle da ingestione di pesci tossici e di essi riporta un lungo elenco.

Le malattie da materiale di lavoro sono: 1) gli accidenti dovuti ai celenterati che adoperano il loro veleno per la difesa dell'individuo e della colonia. Per quanto la loro azione sull'uomo sia limitata merita di essere ricordata. Essi consistono in dolore urente e urticaria localmente; e in disturbi generali: dispnea e senso di angoscia. Interessante particolarmente è la malattia dei pescatori di spugne causata dal veleno di una piccola attinia che vive come commensale attaccata al peduncolo delle spugne: nel punto del corpo umano ove avviene il contatto con questo celenterato, il pescatore avverte bruciore vivo che si diffonde poi a tutto il corpo: una papula rossa di consistenza cornea indica il luogo ove avvenne il contatto. I tessuti poi si sfacelano e cadono e lasciano una piaga profonda con suppurazione abbondante;

2) le malattie causate da molluschi che si osservano nelle popolazioni di pescatori forzatamente ittiofagi e che sono provocate da tossine secrete da ghiandole esistenti nel corpo di detti molluschi e che si manifestano con segni gravi di avvelenamento;

3) le malattie dovute a pesci velenosi: questi sono assai numerosi e l'A. ne riporta una lunga lista soffermandosi particolarmente su alcune specie. Il veleno viene inoculato per mezzo di morsicature o punture di aculei, spine o pungiglioni. Anche il sangue di numerosi pesci è velenoso e sulla pelle lesa può produrre effetti dannosi.

Al termine del suo lavoro l'A. lamenta che ancora da noi non esista alcun provvedimento legislativo che si occupa della invalidità dei pescatori e della relativa indennità.

Fa voti che alcune di esse vengano con saggio provvedimento incluse nell'elenco delle malattie professionali indennizzabili (quelle dei pescatori-palombari; quelle dovute ad inoculazione di veleno da pesci, celenterati, ecc.) perchè producenti una vera e dannosa invalidità; le altre invece dovrebbero essere poste nell'elenco delle malattie professionali di cui è obbligatoria la denuncia ma non l'indennizzo.

VICENTINI.

CONFERENZE.

Psicochimica.

Alcuni fattori psicochimici nei disturbi mentali.

Su questo argomento ha parlato a Filadelfia nel giugno scorso Walter Freeman, presidente dell'82ª riunione annuale dell'American Medical Association, sezione delle Malattie nervose e mentali (*The Journ. of the Americ. Medic. Associat.*, 1° agosto 1931).

Pochi sono i biochimici che si occupano di psichiatria, come pure pochi gli psichiatri che conoscano bene la biochimica. L'avvenire dirà quali risultati importanti si potranno trarre dalla stretta collaborazione fra le due branche.

Ci sono quattro malattie mentali che non hanno una base in una alterazione anatomica costante: la demenza precoce, la psicosi maniaco-depressiva, la paranoia e l'epilessia. Probabilmente le modificazioni psicochimiche sono la base di queste malattie.

Il ricambio idrico è importante nel determinismo dell'epilessia, tanto per citare un caso.

Ossidazioni nel sistema nervoso: il sangue della vena giungulare interna contiene meno ossigeno e destrosio e più ossido di carbonio delle altre vene, quindi il cervello deve avere un metabolismo elevato. La deficienza di os-

sigeno dà nel sistema nervoso fenomeni gravi: deficienza circolatoria, senso di soffocazione, mal di montagna. I disturbi mentali dei cardiaci sono disturbi di insufficiente ossigenazione e scompaiono colla somministrazione di ossigeno.

Nella schizofrenia la deficienza di ossigenazione ha grande importanza e si mette in evidenza colla diminuzione del metabolismo.

L'esame chimico del cervello di morti per demenza precoce ha dimostrato diminuzione dello zolfo neutro e del ferro catalitico, il che indica diminuizione dei processi di ossidazione.

L'A. ha cercato di applicare in terapia queste nozioni ed ha trovato che le inalazioni di ossigeno nei catabolici, se fatte ad alta pressione in camera di compressione, il paziente migliora notevolmente per la durata della somministrazione.

Bilancio dell'acqua e dispersione colloidale. — I disturbi del bilancio idrico nel sistema nervoso dànno manifestazioni fisiche appariscenti. Il delirio degli stati febbrili si può attribuire ad aumento dell'acqua nel citoplasma.

Lo stupore, le convulsioni, il collasso e il coma dovuto ad ingestione eccessiva di acqua può essere modificato rapidamente coll'iniezione endovenosa di soluzione salina ipertonica. La disidratazione può dare febbre.

Il ricambio idrico è legato all'equilibrio acido-base, all'utilizzazione dei carboidrati e all'equilibrio ionico. Un bilancio positivo dell'acqua può essere corretto colla somministrazione di acidi, colla riduzione dell'ingestione d'acqua e colla sostituzione dei carboidrati con idrocarbonati.

Nell'epilessia c'è un disturbo del ricambio idrico: c'è ritenzione di acqua, e, dopo gli attacchi, aumento della diuresi. Col digiuno si ha eliminazione abbondante di acqua per parecchi giorni; lo stesso risultato si ha colla limitazione dei liquidi e del sale. Più complesso è l'effetto della dieta chetogenica. Certamente epilessia e diabete non si associano (tutt'al più si possono avere convulsioni in un diabetico e glicosuria in un epilettico). Per il bilancio idrico epilessia e diabete sono opposti fra loro (come l'ipertiroidismo e il mixedema). Probabilmente nell'epilessia l'ipotalamo ha importanza come regolatore del ricambio idrico e del tono dei vasi sanguigni.

La dispersione colloidale del sangue è aumentata negli stati stuporosi.

Nella psicosimaniaco depressiva il ricambio degli idrati di carbonio è alterato e c'è tendenza al diabete. Le fasi di questa malattia sono certamente in rapporto con modificazioni biochimiche, che somigliano a quelle degli animali ibernanti.

R. Lusena.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Prof. W. Spielmeyer, dell'Università di Monaco di Baviera. *Manuale di tecnica per la ricerca microscopica del sistema nervoso.* Traduz. italiana sulla IV ediz. tedesca, del Dott. G. Lippi Francesconi, assist. nella Clinica neuro-psichiatrica della R. Università di Pisa. Roma, Luigi Pozzi, editore, 1931. Prezzo L. 22 in broch.; L. 28 rilegato.

Si potrebbe pensare che il libro dello Spielmeyer, tradotto con tanta efficacia e chiarezza dal dott. Lippi Francesconi, dovesse interessare soltanto il neurologo, e anche in modo più particolare il ricercatore di laboratorio, l'anatomico del sistema nervoso; ma crediamo di non essere lontani dal vero affermando che esso può e deve interessare non soltanto lo specialista, ma qualunque medico colto, che ami sapere per quali sottili e talvolta genialissime operazioni, sia la moderna scienza riuscita a dare l'esatta immagine della più fine e oscura tessitura dell'apparato nervoso, e a differenziare le varie e complesse formazioni, creando la base anatomo-clinica della Neuropatologia.

L'A. dopo avere illustrati i procedimenti in generale della colorazione e la loro selezione per differenziare i vari elementi che compongono i tessuti nelle loro caratteristiche morfologiche, definisce gli scopi e i metodi della ricerca microscopia, mettendo in evidenza i caratteri strutturali, specifici, normali del sistema nervoso, l'anatomia delle fibre, la cito e mieloarchitettonica della corteccia cerebrale in condizioni fisiologiche e patologiche, lo stato anatomico delle meningi e dei vasi e quello del sistema nervoso periferico.

Quindi, passando alla descrizione tecnica dei metodi di ricerca, tratta, in corrispondenti capitoli, della fissazione del preparato istologico, del taglio dei pezzi e della loro inclusione, e illustra prima i metodi che danno quadri di insieme, complessi più grandi che sia possibile di parti componenti il tessuto, e poi quelli che mettono in evidenza i singoli elementi-cellule nervose, neurofibrille, e cilindrassi, guaine mieliniche, nevroglia, ecc. e le sostanze di disfacimento e di deposizione.

Chiude il libro la dimostrazione di alcuni microorganismi patogeni presenti nel tessuto nervoso.

Nessun metodo è dimenticato, e ciascuno di essi è esposto in modo completo, conciso e, soprattutto, chiaro; quindi è un libro di ammaestramento e di consultazione, utile all'esperto come a chi, nuovo della materia, desideri diventarlo.

L'edizione italiana viene presentata agli studiosi dall'illustre prof. Pellizzi dell'Università di Pisa.

G. Mòglie.

A. DE ALMEIDA PRADO. *Les syndromes cérébelleux mixtes*. Un vol. di 170 pag. con 17 fig. Masson et C., édit., Paris 1931. Fr. 30.

La semeiotica neurologica ha dimostrato che, malgrado l'affinarsi delle indagini, le sindromi cerebellari pure rappresentano una percentuale minima, quasi eccezionali, nelle sindromi cerebellari. Si potrebbe quasi dire che la semiologia delle sindromi cerebellari pure, è ancora da stabilirsi. Nel volume, tradotto in francese dal Nathan, sono oggetto di studio le sindromi cerebellari miste, quelle sindromi cioè nelle quali i sintomi cerebellari evidenti si accompagnano a manifestazioni cliniche di vicinanza a carico del bulbo o della protuberanza o dei peduncoli cerebrali. Una sistematizzazione dei sintomi (che nei casi rientranti in questo gruppo la clinica ci presenta in modo disordinato) è una cosa ben difficile: l'Almeida cerca un raggruppamento partendo dal peduncolo cerebellare colpito, poichè tutte, o quasi tutte, queste sindromi sono peduncolari. Sono così passate in rivista le s. del pedunc. cerebell. superiore, le s. del peduncolo cerebellare medio, le s. del peduncolo cerebellare inferiore.

In un quarto capitolo sono descritte le sindromi cerebellari miste in rapporto con la compressione diretta degli emisferi cerebellari.

In appendice vengono aggiunte la paralisi generale, l'encefalite letargica, la sclerosi a placche, l'eredo-atassia cerebellare, malattie tutte del sistema nervoso centrale il cui quadro clinico, in talune occasioni, comporta manifestazioni nettamente cerebellari, sia in modo eccezionale che abituale od episodico.

MONTELEONE.

M. NATHAN. *Les maladies dites imaginaires*. Editore Doin e C., Parigi. Prezzo Fr. 14.

Le malattie immaginarie sono meno frequenti di quel che generalmente si crede.

Spesso sotto questa denominazione si nascondono errori di diagnosi dovuti ad ignoranza o negligenza del medico.

A molte sofferenze non si può negare il carattere di malattia reale solo perchè non si riesce a rivelare la lesione organica corrispondente.

Vi sono affezioni psichiche (fobie, pitiatismo, cenestopatie, ipocondria) che procurano stati di malessere realmente esistenti, malgrado l'assenza di ogni apprezzabile alterazione materiale.

Queste condizioni richiedono cure adatte, che l'A. precisa alla fine del lavoro DR.

STERN. *Anfänge der Alterns. (Ein psychologischer Versuch)*. Vol. di pag. 46. Edit. G. Thieme, Lipsia, 1931, Mk. 2.

Con stile piano e arguto l'A. tratta dei segni premonitori della vecchiaia e del complesso psichico che li accompagna.

P. VALDONI.

RIVISTE SINTETICHE

ISTITUTO DI RADIOLOGIA E TERAPIA FISICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PERUGIA
diretto dal prof. EUGENIO MILANI.

Lesioni da elettricità

con speciale riguardo alle lesioni prodotte da apparecchi elettromedicali).

Prof. BRUNO BELLUCCI, aiuto.

(*Continuazione; vedi num. prec.*).

CAPITOLO SESTO.

CAUSE DELLA MORTE DA ELETTRICITÀ.

Numerose sono le ipotesi emesse per spiegare il meccanismo della morte da elettricità (parliamo, s'intende, della morte immediata, o fulminazione, e non della morte più o meno tardiva in seguito ad ustioni o lesioni varie degli organi) e tutt'ora gli AA. non sono d'accordo su questo argomento. Tutti o quasi gli AA. convengono però che, pur essendo le cause apparenti di morte molteplici e varie, la causa prima è sempre da ricercarsi in una alterazione del sistema nervoso.

Un gran numero di AA. (Kratter-Sellner) ritiene che la morte avvenga per asfissia acuta da paralisi bulbare, qualunque sia il tipo e la tensione della corrente. Invece altri AA. (Battelli-Gallard-Prevost) ritengono che le correnti elettritriche ad alta tensione producano la morte soprattutto attraverso una paralisi respiratoria, mentre quelle a bassa tensione producono la morte per paralisi cardiaca, attraverso una grave perturbazione nella innervazione cardiaca, che si rivela con la fibrillazione. Ma successive ricerche hanno dimostrato che tale distinzione non è sempre possibile, nè dimostrata dai fatti. Qualche volta infatti è stato osservato con correnti ad alta tensione arresto del cuore e funzione respiratoria normale, e viceversa con correnti a bassa tensione paralisi respiratoria con funzione cardiaca ancora efficiente. Così pure dimostrano i 35 casi riferiti dal Balthazard, nei quali si è avuta la morte per paralisi respiratoria o per tetanizzazione dei muscoli respiratorii, e non per fibrillazione cardiaca, mentre si trattava in tutti i casi di correnti alternate a bassa tensione (in alcuni casi meno di 35 volta). In ogni modo la maggioranza degli autori è favorevole sempre al duplice meccanismo di morte: cardiaca con basse tensioni, respiratoria con le alte od altissime, e quasi tutti gli AA. concordano per ritenere che quando si tratta di paralisi cardiaca in genere la morte è reale e definitiva, mentre quando si tratta di paralisi respiratoria la morte è apparente (Jellinek) potendo il cuore resistere, per 5-7 ed anche 10 minuti, con battito regolare, dopo la paralisi respiratoria. Va ricordato infine che alcuni autori (Zaccon) invece che attribuire i vari effetti sul centro circolatorio o respiratorio a seconda che si tratta di bassa od alta tensione, attribuiscono il vario effetto al fatto che la corrente attraversi o no il cuore: se il cuore è escluso dalla linea di passaggio della corrente, la morte in genere è di origine respiratoria, e di frequente è solo apparente. Del resto noi ci eravamo già occupati di questo argomento, nel capitolo dei fattori ambientali, parlando delle linee di attraversamento della corrente.

Vanno ricordati infine altri autori i quali attribuiscono importanza, nella causa della morte immediata da elettricità, ad altri fattori, quali per es.: lo choc da caduta, o lo choc psichico emotivo. Infatti l'assenza o quasi di gravi lesioni in soggetti colpiti dalle alte tensioni durante il sonno (Aspinall), nei quali quindi è mancato lo choc psichico emotivo, fa ritenere che questo abbia influenza dannosa. Così pure l'osservazione del fatto che, quando le vittime colpite da scarica elettrica cadono violentemente in terra, facilmente e rapidamente si alzano in buone condizioni, ha fatto ritenere al Blake che questo choc da caduta abbia influenza benefica, e che, mancando la caduta, la morte immediata sia più facile a verificarsi.

In alcuni casi la morte da elettricità non è immediata, ma può avvenire tardivamente anche in assenza di qualsiasi lesione secondaria visibile capace di per sè di provocare la morte in secondo tempo. In tali casi si può avere la morte improvvisa anche a distanza di vari giorni dall'accidente elettrico, e dopo un periodo di remissione e di benessere anche completo. In tali casi bisogna invocare o embolie da alterazioni del sangue o dei tessuti, o spasmo delle coronarie, o scompensi progressivi del cuore, o progressive lesioni citolitiche del bulbo (Ajello). In altri casi la morte può essere semplicemente ritardata, o temporaneamente sospesa. Nel primo caso la morte non è immediata nè fulminea; il colpito dà segni di vita per vari minuti, durante i quali può chiamare al soccorso, finchè muore. Nel secondo caso, dopo una morte apparente, che può durare varii minuti, la vittima si può rialzare, può parlare, camminare, tanto da sembrare scongiurato ogni pericolo, mentre invece dopo pochi minuti ricade definitivamente inanimato.

In ogni modo va tenuto presente che, data la grande frequenza con cui la morte da elettricità è solo apparente, il medico non deve rilasciare la dichiarazione di morte se essa non sia stata bene e con ogni mezzo riconosciuta ed accertata.

CAPITOLO SETTIMO.

TERAPIA DELLE VITTIME DEGLI ACCIDENTI DA ELETTRICITÀ.

Intendiamo riferirci in questo capitolo agli accidenti provocati da tutti i vari tipi di elettricità presi precedentemente in esame, come abbiamo fatto per il capitolo descrittivo delle lesioni prodotte. In primo luogo la terapia deve essere rivolta all'allontanamento della causa della lesione, se questa persiste e non ha avuto il carattere della istantaneità di scarica. Va cioè allontanata la vittima dal contatto con il conduttore della corrente elettrica; a tale scopo la persona soccorritrice deve attenersi a speciali norme di prudenza, in mancanza delle quali naturalmente l'accidente può estendersi anche alla persona che soccorre la vittima. Di ciò ci occuperemo nel capitolo seguente relativo alla prevenzione degli accidenti da elettricità.

Il D'Arsonval, fin dai primi tempi in cui si verificarono accidenti da elettricità, intuì quale dovesse essere l'indirizzo terapeutico da usare in tali casi, asserendo che « ogni elettrizzato deve essere trattato come un annegato ». Naturalmente poichè due sono, come abbiamo visto, i punti di attacco della elettricità: cuore ed apparato respiratorio, la terapia deve rivolgersi a due fini: ristabilimento della funzione circolatoria e respiratoria.

Al primo scopo sono stati proposti vari metodi. Il più antico è il *massaggio del cuore*, in genere eseguito per via sottodiaframmatica, con grande ritmicità e con costanza (si sono avuti risultati buoni anche dopo un'ora dalla cessazione di ogni attività cardiaca). Meno consigliabile è il massaggio diretto sul muscolo cardiaco. Altro metodo diretto a combattere la paralisi cardiaca è l'*iniezione intracardiaca di adrenalina*, la cui tecnica è ormai largamente conosciuta. Sembra sia indifferente iniettare il liquido nelle cavità cardiache o nello spessore del muscolo; tuttavia effetti più rapidi sembra si ottengano iniettando il liquido nel ventricolo sinistro. Va ricordato anche che qualche volta la sola puntura del cuore, senza iniezione di alcuna sostanza, è sufficiente per stimolare il cuore (ago-puntura conosciuta fin dall'antichità in Giappone ed in Cina; caso descritto dal Mut in cui si ebbe reviviscenza con la sola puntura). In ogni modo l'iniezione non va praticata oltre i 15 minuti dopo l'arresto del cuore. Altro metodo consiste nella *iniezione endovenosa di sostanze eccitanti il centro circolatorio*, quali canfora, cloruro di potassio, cloruro di calcio, ecc. Tale metodo naturalmente è inefficace se il cuore è completamente immobile ed il sangue non circola affatto nei vasi. Va ricordato anche il tentativo fatto dal Herlitzka, di raggiungere le cavità del cuore mediante farmaci iniettati per mezzo di una sottile sonda di gomma, la quale veniva fatta penetrare nel cuore lungo la vena giugulare.

Per il secondo scopo il metodo elettivo è quello della *respirazione artificiale*. Essa può essere praticata col metodo originale manuale Silvester, o del Pacini, o del Calliano, o dello Schaefer, o con metodi meccanici varii (apparecchio del Panis, ecc.), associandolo o meno con inalazioni di ossigeno. La respirazione artificiale deve essere praticata con energia uniforme, evitando movimenti eccessivamente bruschi, e con ritmo costante (farsi sostituire se stanchi), ma soprattutto deve essere praticata per molto tempo e continuamente, non disperando se il successo tarda a verificarsi, ed interrompendo solo quando compaiono le macchie cadaveriche, indizio di morte certa. In qualche caso si è avuta la reviviscenza anche dopo 12 ore di respirazione artificiale!

Contemporaneamente va praticata la *trazione ritmica della lingua* usando, se possibile, adatte pinze tiralingua, ed in mancanza di esse servendosi di quanto di meglio si possa trovare sul posto. Altro metodo consiste nella *iniezione di sostanze eccitanti il centro respiratorio*, quali ad es.: la lobelina, ecc.; tale metodo però presume che la funzione circolatoria non sia abolita.

Da alcuni AA. sono state consigliate *applicazioni di corrente faradica* in alcuni punti del collo e del torace, allo scopo di produrre una stimolazione ritmica dei muscoli respiratorii, in aggiunta alla classica respirazione artificiale.

Recentemente lo Jellinek ha riferito il caso di un uomo di 25 anni, che, in seguito al contatto con una linea elettrica a 5000 volta perdè la conoscenza. Si rianimò mediante la respirazione artificiale, ma presentò tali segni di agitazione che fu dovuto contenere a forza. La puntura lombare diede esito a liquido sanguigno con forte pressione. Furono estratti 25 cc. di liquor, e si ebbe subito un immediato miglioramento del polso e del respiro, con ripristino della coscienza, e con

successiva scomparsa di ogni disturbo. Lo Jellinek quindi, ed anche altri AA. consigliano il praticare la *puntura lombare* a scopo decompressivo specialmente nei casi in cui esistono fatti che denotano uno stato irritativo del sistema nervoso centrale.

Vanno infine ricordati due metodi di eccezione, poco usati e sulla cui efficacia ancora si discute. L'uno consiste nel sottoporre i soggetti elettrizzati a bassa tensione, ad una scarica a tensione più alta. Questo metodo è basato sulle esperienze fatte in proposito dal Battelli. Beninteso che se poi la seconda scarica a tensione più elevata riattivasse la funzione cardiaca, ma provocasse paralisi respiratoria, occorrerebbe immediatamente ricorrere alla respirazione artificiale.

L'altro metodo è stato sperimentato in America, e consiste nel sollevare i colpiti per le spalle e per i piedi e lasciarli poi cadere di colpo in terra. Secondo il Blake, questo trauma agirebbe in senso benefico; ma la cosa è ancora da dimostrare sperimentalmente e scientificamente.

Naturalmente, prima di iniziare tali procedimenti curativi, occorre liberare la vittima dagli indumenti che possano ostacolare la respirazione, od i movimenti delle braccia o del torace. Occorre anche procedere all'allontanamento dalla bocca e dal naso di mucosità o residui alimentari che facilmente fuoriescono dallo stomaco, permettendo così facile ingresso all'aria nei polmoni e diminuendo le possibilità di produzione di fatti broncopolmonari *ab ingestis*.

Per quanto riguarda la cura delle ustioni da elettricità non occorre dilungarsi perchè la terapia di tali lesioni è la stessa di quella usata nelle ustioni da fuoco o da acidi forti. Il miglior consiglio in tali casi è quello di limitarsi ad una semplice accurata pulizia locale con acqua bollita, traumatizzando il meno possibile i tessuti lesi; non usare mai sostanze disinfettanti energiche (alcool, tintura di iodio, acido fenico, ecc.) che mortificherebbero ancor più i tessuti ustionati ed i tessuti sani circostanti. Limitarsi a proteggere con un grasso inerte la superficie ustionata, ricoprendola poi con un foglio di bodrouche ed applicandovi sopra molto cotone idrofilo ed una fasciatura non molto stretta; se possibile mettere a letto il paziente per ottenere la immobilità. Le medicature debbono essere rare, indicate solo dall'eccesso di secrezione; tener presente in ogni modo che la lesione in genere guarisce tanto più presto quanto più raramente viene medicata od irritata, e quanto meno quindi vengono praticati traumatismi che ritardano la epitelizzazione, che, nelle ustioni da elettricità, è in genere rapida. In alcuni casi gioveranno le applicazioni di sostanze speciali, quali pomate a base di vaccini alla Besrehka, o simili, se la lesione tende a suppurare, o di ambrina, o pomate al rosso scarlatto, ecc. specialmente se la riparazione dei tessuti avviene troppo lentamente nelle ustioni molto vaste. Se le ustioni sono molteplici ed occupano vasta superficie del corpo (caso raro nelle lesioni da elettricità tranne che nella folgorazione) è necessaria anche una rigorosa sorveglianza delle condizioni generali dell'infermo, e specialmente delle condizioni renali.

CAPITOLO OTTAVO.

Prevenzione degli accidenti da elettricità.

L'argomento relativo alla prevenzione degli accidenti da elettricità atmosferica è stato già trattato nel primo capitolo. Ci riferiremo quindi solamente alla prevenzione degli accidenti da elettricità generata a scopo industriale, domestico ed elettromedicale. Nei relativi capitoli precedentemente svolti ci siamo già occupati di vari mezzi di prevenzione consigliabili soprattutto nell'uso degli apparecchi elettromedicali. Parleremo qui dunque solamente di prevenzione in senso generico. Uno dei metodi di prevenzione più effficaci è quello di diffondere ovunque e nel miglior modo possibile la nozione che le correnti elettriche, di qualsiasi genere esse siano, ed anche quelle apparentemente più innocue, sono sempre pericolose per l'organismo. Su questo concetto va molto insistito per due ragioni: anzitutto perchè da molti si ritiene che le correnti elettriche per uso domestico siano innocue, e quindi non si ha verso di esse alcuna precauzione; in secondo luogo perchè l'elettricità non rivela in alcun modo la sua presenza se non quando sia già avvenuto il contatto che può essere fatale, e perciò, fra tutti gli agenti fisici più comuni che possono provocare lesioni nel nostro organismo, è il più insidioso, anche in considerazione della enorme diffusione che l'elettricità oggi ha ovunque raggiunto.

La divulgazione di tali concetti deve avvenire non solo fra gli operai elettricisti o fra le persone che, per necessità di lavoro, hanno contatto con apparecchi o reti di distribuzione elettrica, come fin qui è stato fatto, ma anche e soprattutto deve avvenire nelle famiglie, come in tutte le famiglie è oggi universalmente diffusa ed utilizzata la corrente elettrica a scopo di illuminazione e di riscaldamento. E per penetrare nelle famiglie un'ottima via è offerta dalle scuole pubbliche, ove i giovani, la cui mentalità in questi ultimi anni è specialmente rivolta verso i meravigliosi progressi fatti dalla meccanica e dalla elettricità, dovrebbero apprendere i pericoli che le correnti elettriche presentano, e dovrebbero quindi avere verso di esse quella prudenza e quella diffidenza che tutti intuitivamente usano verso il fuoco o verso gli altri agenti dannosi che possono trovarsi diffusi, come l'elettricità, nei nostri ambienti domestici. Nelle scuole, oltre la divulgazione di tali concetti di pericolosità delle correnti elettriche, dovrebbe anche indicarsi quale deve essere il contegno che si deve tenere di fronte ad una persona colpita dalla corrente elettrica, caso che può capitare a chiunque, ed in qualunque luogo e momento. Queste nozioni hanno grande importanza per due ragioni: anzitutto per evitare che la persona che soccorre, nello slancio irriflessivo del momento, possa essere fulminata a sua volta; in secondo luogo perchè, come si è visto, moltissime vittime di accidenti elettrici che, lasciate a sè o malamente soccorse, sono destinate a morire, possono essere rimesse in vita con opportune manovre terapeutiche.

Queste nozioni generiche, ma sufficienti per richiamare l'attenzione dei giovani studenti, dovrebbero essere comprese nei programmi di insegnamento delle scuole primarie e secondarie ed anche delle Facoltà di Medicina, poichè spesso il medico può essere chiamato a prestare d'urgenza la sua opera ad un colpito da corrente elettrica. Qualunque persona che si trovi davanti ad un caso di elettrizzazione tale che la vittima abbia perduto la coscienza o si trovi in condizioni di gravi sofferenze, deve, frenando l'istintivo slancio, ed agendo con molta riflessione e ponderazio-

ne, assicurarsi che la corrente elettrica non continui più a circolare nel corpo della vittima. Solo allora può accingersi a prestare quei soccorsi di cui abbiamo parlato. Se invece la vittima è ancora sotto l'azione della corrente, caso assai comune a verificarsi, occorre assolutamente non toccare la vittima se prima non si è tolta la comunicazione con la corrente elettrica. Ciò può raggiungersi in tre modi: o mediante rapido avviso alla centrale elettrica, la quale provvede ad interrompere la corrente, o mediante la recisione del conduttore elettrico, o mediante l'allontanamento di esso dal corpo della vittima. Ma per fare queste ultime due operazioni occorre che la persona soccorritrice sia completamente isolata da terra. Nelle officine elettriche in genere si trova a portata di mano quanto occorre: pinze tagliafili con manico isolante, sgabelli isolanti con piedi di porcellana, guanti e scarpe di gomma, lunghi bastoni con manico isolante, ecc. Ma trovandosi all'aperto, e sprovvisti di tutto, occorre servirsi di mezzi di fortuna: salire quindi su sgabelli o seggiole, o cassette di legno bene asciutte e prive di umidità, oppure su scale a piuoli, tavole o bastoni di legno, cuscini di lana, materassi, ecc.; proteggersi le mani con guanti di lana, o di pelle, o con le maniche della giubba, o con la giubba stessa rovesciata, o con molti strati di carta da giornali; dopo essersi così isolati non toccare con l'altra mano, o con altra parte del corpo, nè il suolo, nè alberi vicini, nè pali o sostegni di legno o di ferro, nè persone vicine non isolate da terra.

Solo dopo esser certi che l'isolamento da terra è avvenuto, e che esiste possibilmente anche un discreto isolamento dalla vittima, accingersi ad allontanare da questa il conduttore della corrente elettrica.

Abbiamo già detto che nelle officine elettriche si trova sempre pronto in genere il materiale adatto a tale bisogna, e si trovano anche cartelli dimostrativi nei quali si richiama l'attenzione del personale sui pericoli della corrente elettrica, descrivendo anche in modo chiaro e facile quali sono i primi soccorsi da portare ai colpiti. Tali cartelli dovrebbero trovarsi non solo nelle officine elettriche, ma anche in tutti gli stabilimenti ed opifici in cui la corrente elettrica, anche a bassa tensione, è usata a scopo di forza motrice.

Non sarebbe poi inutile che tali cartelli venissero posti anche negli Istituti radiologici, dove, sebbene in grado molto minore, il pericolo di elettrizzazione tuttavia esiste; specialmente dovrebbe essere richiamata qui l'attenzione sulla possibilità di scariche a distanza dal conduttore percorso dalle altissime tensioni in uso, le quali scariche costituiscono uno degli accidenti più facili a verificarsi. Tali cartelli richiamanti l'attenzione sul pericolo esistente potrebbero sembrare superflui per il personale specializzato degli Istituti radiologici, ma va considerato che in detti Istituti spesso persone estranee assistono alle operazioni radiologiche, e poi, come putroppo dimostrano i dolorosi casi verificatisi già in buon numero, la raccomandazione di attenzione e di prudenza non è mai di troppo anche per il personale specializzato, appunto per la grande familiarità e confidenza che esso prende con i vari apparecchi, con le correnti elettriche, e con le radiazioni prodotte.

L'ormai diffusissimo cartello, recante il teschio e la scritta « pericolo di morte » dovrebbe essere applicato non solo nei luoghi dove esistono correnti ad alta tensione, ma anche in tutti i luoghi dove le correnti a bassa tensione, per speciali condizioni di ambiente (bagni, locali sotterranei, stabilimenti, opifici, ecc.) o per speciali condizioni delle persone che vi si trovano (scuole, asili, alberghi, ospedali, caserme, ecc.) possono riuscire pericolose.

Ciò può sembrare a prima vista esagerato; ma non è forse tassativamente prescritto che il farmacista, consegnando un rimedio che può essere venefico se preso in dose diversa da quella prescritta dal medico, applichi sul recipiente il cartellino « veleno! » con relativo teschio? È forse il pericolo dell'elettricità minore di quello offerto da tali sostanze farmaceutiche velenose?

Non sarebbe poi inopportuno che le Società fornitrici di energia elettrica consegnassero ad ogni utente un piccolo cartello contenente un richiamo all'attenzione ed ai pericoli dell'elettricità. Soprattutto dovrebbe essere richiamata l'attenzione su questi punti: 1) non toccare mai un apparecchio elettrico, sebbene sembri bene isolato, se il corpo è, anche parzialmente, umido; 2) non toccare mai un punto qualunque di un circuito elettrico, isolato o non, nello stesso momento in cui si tocca un oggetto collegato a terra (corpo immerso nel bagno!); 3) non toccare mai simultaneamente i due poli di un circuito; 4) non eseguire mai la minima riparazione senza aver tolto la corrente su tutti due i conduttori; 5) in caso di riscaldamento anormale di parti di un circuito, o di fusione ripetuta di valvole, interrompere subito la corrente ed avvertire l'elettricista; 6) non improvvisarsi mai elettrotecnici, nè affidare le riparazioni a degli apprendisti, ma sempre ad esperti professionisti. Questi sei argomenti contemplano tutte le principali cause per cui avvengono gli accidenti da elettricità con basse tensioni, specialmente negli ambienti domestici.

Per quanto riguarda poi gli elettricisti sarebbe utile che (analogamente a quanto si fa per altre professioni, quali chauffeur, pilota d'aereoplano, conduttori di locomotive, ecc.) prima dell'ammissione in servizio venisse praticato un esame psico-fisiologico, sia pur sommario, per escludere in essi la presenza di quei fattori individuali, di cui ci siamo occupati, o di stati di alcoolismo abitudinario o di epilessia, che rendono più facile il verificarsi degli accidenti elettrici, e rendono più gravi le conseguenze dell'accidente avvenuto.

Va ricordato infine che, ad evitare i pericoli della corrente elettrica nelle abitazioni, l'ing. Doloukhanoff ha proposto che, unito al contatore, all'ingresso della corrente nelle abitazioni, venga applicato un piccolo autotrasformatore capace di abbassare la tensione da 110-220 volta a 20-30 volta. Si verificherebbe una piccola, quasi insignificante perdita di energia, ma in compenso si avrebbe la sicurezza della assenza di ogni pericolo da parte della elettricità, e si avrebbero anche dei vantaggi tecnici ed economici, di cui qui non è il caso di occuparci. Ma purtroppo tale proposta non ha trovato pratica applicazione, benchè riconosciuta come uno dei mezzi più idonei ed efficaci per la prevenzione degli accidenti da elettricità negli ambienti domestici. Va ricordato infine come uno dei migliori mezzi di prevenzione nel caso degli apparecchi elettromedicali è dato da periodiche scrupolose revisioni degli apparecchi stessi, eseguite da tecnici specializzati delle Ditte costruttrici.

(Continua).

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 27 giugno 1931.

Presiede il prof. R. DALLA VEDOVA, vice-presidente.

L'occhio quale indice della costituzione generale dell'individuo.

Prof. O. PARISOTTI. — L'O., dopo aver ricordato i suoi lavori precedenti diretti a dimostrare il valore ed il significato dell'occhio nella fisiologia e nella patologia, espone i risultati delle sue nuove ricerche sulla genesi e sul sgnificato dell'ipermetropia e conclude esprimendo il suo concetto che l'ipermetrope, occhio sempre di imperfetto sviluppo, tale sia per debolezza costituzionale dipendente da difetti e deviazioni di ormoni, riducendo così pure l'ipermetropia ad indizio di debolezza di costituzione.

L'ipersensibilità adrenalinica nell'ipertensione arteriosa.

Prof. D. MASELLI. — Nei malati con ipertensione arteriosa che hanno fatto oggetto delle ricerche dell'O. (ipertensione arteriosa solitaria, ipertensione arteriosa nella nefrite cronica con fenomeni di insufficienza renale, ipertensione arteriosa nella menopausa ed in soggetti arterio-sclerotici), è stata constatata una ipersensibilità adrenalinica con l'iniezione endovenosa di mmg. 0,01 di adrenalina. Essa è stata incostante e di lieve grado negli arteriosclerotici, costante negli altri casi esaminati e, in confronto degli altri, più spiccati nei nefritici cronici.

Il siero di sangue di malati con nefrite cronica e fenomeni di insufficienza renale si è mostrato capace di determinare in soggetti sani una ipersensibilità adrenalinica dapprima non esistente (12 volte su 16 esperimenti) nel mentre il siero di malati con ipertensione arteriosa solitaria ha determinato nelle stesse condizioni solo eccezionalmente ipersensibilità adrenalinica (2 volte su 9 esperimenti). L'interpretazione di tali risultati non è semplice, nè è semplice definire la natura delle sostanze sensibilizzanti la reazione adrenalinica esistenti nel siero di sangue dei nefritici cronici con insufficienza renale; ma è per lo meno giustificato da questi risultati il pensiero che la natura o la frequenza ed intensità della ipersensibilità adrenalinica nei nefritici cronici con insufficienza renale possa dipendere da cause forse diverse da quelle determinanti l'ipersensibilità adrenalinica nella ipertensione solitaria. Ciò non contrasta con il concetto che l'ipertensione arteriosa possa ritenersi un fenomeno dal punto di vista biologico di natura unitaria; ma possono forse queste osservazioni e questi risultati sperimentali dimostrare che, a base di diversi tipi clinici di ipertensione arteriosa, esistono cause determinanti di natura diversa.

Effetti dell'azione combinata della morfina e dell'insulina.

Prof. V. ZAGAMI. — La morfina, in dose di 2 a 6 cg. per chilo del peso del corpo dell'animale, ha mostrato di esercitare nei conigli e nei ratti una evidente e netta azione agevolante dei fenomeni convulsivi, in cui suole culminare la sindrome ipoglicemica da insulina. Per azione contemporanea della morfina e dell'insulina l'abbassamento del tasso glicemico, nei conigli, è risultato più pronto e più marcato che per l'azione della sola insulina (nella stessa dose). Nei colombi non si è verificato un eguale abbassamento del tasso glicemico, per azione contemporanea della morfina e dell'insulina; nè la morfina si è dimostrata capace di creare condizioni tali da rendere anche in questi possibili i noti fenomeni convulsivi da insulina. I limiti di resistenza dei conigli, non solo per la comparsa dei fenomeni convulsivi, ma anche per lo stesso abbassamento del tasso glicemico, sono da ritenere relativamente assai ampi. Condizione importante e meritevole di considerazione, affinchè si abbia l'esplosione dei fenomeni convulsivi, sembra essere non tanto il grado o il livello dell'abbassamento del tasso glicemico, per sè solo, quanto invece la permanenza o persistenza del tasso glicemico stesso ad un livello relativamente assai basso.

Osservazioni fisio-patologiche nella ipertrofia semplice della prostata.

Prof. P. VALDONI. — L'O. riferisce osservazioni istologiche praticate su 40 prostate asportate chirurgicamente con diagnosi di ipertrofia prostatica. Nel 15 % dei casi, concordemente all'osservazione di altri AA., l'esame istologico rivela l'esistenza di un epitelioma; questo fatto dà una indicazione assoluta all'intervento precoce. Negli altri casi l'ipertrofia era di rado rappresentata da un aumento di volume di tutto l'organo, nella maggior parte dei casi si trattava di una ipertrofia nodulare con i caratteri di adenomi e fibromi.

Ricerche sulla attività periodica nelle affezioni dello stomaco e dopo interventi sull'organo.

Prof. P. VALDONI. — Lo studio della attività periodica nelle varie affezioni dello stomaco dimostra che questa è aumentata nelle lesioni ulcerative duodenali, pervertita in quelle gastriche e assente nei casi di stenosi e di forte acidità. Le variazioni dalla norma non sono tali da avere valore per una diagnosi differenziale.

Dopo una gastroenterostomia l'attività periodica diminuisce nella sua intensità mentre scompare quasi completamente dopo resezioni gastriche.

Sulla cosidetta poliglobulia dei cardiopatici.

Prof. G. MELDOLESI e DE ORCHI. — In 80 scompensati di diverso tipo, gli OO. hanno studiato la morfologia del sangue circolante nelle vene e nelle arterie. La poliglobulia da scompenso è quasi sempre un fenomeno limitato al territorio e che non ha riscontro nelle arterie. L'aumento del valore globulare è solo apparente, in quanto esso si accompagna, negli scompensati, ad aumenti costanti dell'indice volumetrico di Has ed a diminuzione della concentrazione emoglobinica di Nägeli: la cosidetta poliglobulia da scompenso è in realtà, quindi, una *poliglobulia pallida venosa*, il cui valore è mutevole in periodi diversi dello scompenso, in rapporto a fattori di diverso genere, alcuni dei quali sono stati studiati in precedenza dagli OO.

Variazioni del metabolismo basale nelle malate di Flajani-Basedow durante il periodo mestruale.

Prof. G. MELDOLESI. — In 16 malate di m. di Flajani-Basedow con M. B. notevolmente aumentata, l'O. ha trovato costante modificazione della M. B. in coincidenza con la mestruazione e precisamente aumento del M. B. nel periodo premestruale, caduta di esso durante il flusso mestruale, ritorno lento ai valori di stabilità nei primi

giorni del periodo mestruale. Tali modificazioni di M. B. non hanno contemporanee variazioni di circolazione, nè di sensibilità adrenalinica, e sono da riferire alla influenza fra funzione ovarica e funzione tiroidea.

Il Segretario: G. AMANTEA.

Società Italiana Fascista di Studi Scientifici sulla Tubercolosi.

(Sezione di Palermo).

Seduta del 30 luglio 1931.

Presidente: L. MANFREDI.

Proff. SOLI, ARNONE, CIRIMINNA, SAGONA, FICI: *Istituzione della cartella radiografica individuale dell'apparecchio respiratorio* (ordine del giorno formulato per incarico della Sezione, in seguito alle discussioni precedenti sui rapporti fra traumi e tubercolosi).

« La Società Italiana Fascista di Studi Scientifici sulla tubercolosi, Sezione di Palermo: richiamando la proposta precedentemente auspicata dal Tandoja e caldeggiata, in seguito, da Paolucci e Busi al III Congresso Nazionale per la lotta contro la tubercolosi, tenutosi in Palermo nell'ottobre 1929, sulla necessità di istituire una cartella radiografica dell'apparecchio respiratorio, per gli alunni delle scuole elementari; considerando che, anche dal punto di vista della prevenzione e della valutazione della tubercolosi da infortuni sul lavoro, si rende necessaria la istituzione della cartella radiografica per i lavoratori e per tutti coloro che sono maggiormente esposti al pericolo della infezione e delle malattie tubercolari; considerando che, anche per gli individui che si dedicano agli sports, si ravvisa la medesima necessità; fa voti perchè venga codificato l'obbligo legale della istituzione della cartella radiografica individuale dell'apparecchio respiratorio e ciò come avviamento ad una organizzazione scientifica del lavoro e degli sports, ai fini profilattici, eugenetici e medico-legali ».

L'ordine del giorno viene approvato ad unanimità.

L'azzurrofilia nella tubercolosi renale.

PAVONE. — In base a sue osservazioni conclude che, nei casi di tubercolosi renale, l'azzurrofilia è abbastanza evidente (30 % mentre normalmente è dell'8-20 %) così che tale reperto associato alla sintomatologia generale ed agli altri elementi diagnostici e funzionali, può avvalorare maggiormente una diagnosi sospetta.

Polmone da sforzo. (Di alcune modificazioni radiologiche nel polmone di individui in allenamento, prima, durante e dopo lo sforzo).

ARNONE. — Rivedendo alcuni radiogrammi eseguiti su alcuni individui in periodo di allenamento per diversi tipi di sports, sottoposti allo studio del comportamento del tono cardiaco prima, durante e dopo lo sforzo, è venuto alla conclusione che: durante lo sforzo, compaiono o si intensificano di molto ombre ilari e polmonari dovute ad una rete vasale più rigogliosa del normale.

FICI. — Il reperto dei campi polmonari degli atleti in periodo di allenamento, quale risulta dai radiogrammi presentati dal prof. Arnone, rivela una evidente iperdiafania, durante lo sforzo, specialmente nelle zone superiori dei campi stessi. Ciò può costituire una prova (convenientemente esagerata dalle condizioni stesse di eccezionale attività funzionale assunta dai polmoni durante lo sforzo dell'allenamento), di quanto viene sostenuto da alcuni studiosi per spiegare, in un dato numero di casi, la sede delle primitive lesioni specifiche polmonari nell'adulto, così frequenti nelle regioni apicali ed infraclavicolari, all'infuori di tutti gli altri fattori fisio-morfologici già da tempo noti. Ciò si determinerebbe per la diversa intensità delle correnti espiratorie fra le zone inferiori e quelle superiori del polmone prevalendo quella basale od ascendente, e determinando ostacolo alla progressione dell'altra con ristagno d'aria nelle zone alte dei polmoni, cui si aggiunge anche una parte della corrente ascendente, aumentandovi il ristagno dell'aria e quindi del pulviscolo che fa da veicolo al virus tubercolare.

GIUFFRÈ. — L'O. ritiene che, per apprezzare bene i risultati di cui ha riferito il prof. Arnone, occorra confrontarli con quelli che si possono ottenere in individui diversi da quelli osservati, non dediti cioè ad esercizi ginnici, il che si potrebbe agevolmente ottenere in tutti coll'esperimento del Valsalva.

L'O. fa pure le sue riserve sul significato dato alla espressione « polmone da sforzo », ed ancora di più sulla interpretazione delle ombre ilari.

EPIFANIO. — Si associa al prof. GIUFFRÈ circa il significato da dare all'espressione « polmone da sforzo », poichè ritiene che il quadro radiologico illustrato debba unicamente riferirsi a modificazioni del piccolo circolo, dipendenti da cuore da sforzo.

CIRIMINNA. — Rileva che la comunicazione del prof. Arnone corregge una errata concezione sulla circolazione polmonare durante lo sforzo, in quanto contrariamente a quanto si è creduto, le immagini radiografiche mostrate dal prof. Arnone mettono in evidenza un maggiore afflusso di sangue nell'apparecchio respiratorio durante lo sforzo.

LA FRANCA. — I risultati comunicati dal prof. Arnone sono parte di uno studio che l'O. ha disposto sul comportamento del cuore durante e dopo lo sforzo negli atleti. Conviene che non si può, nell'interpretazione dei reperti, fare astrazione dal comportamento del cuore e del piccolo circolo. Ricorda che, come è stato dimostrato anche sperimentalmente da Prince ed Henderson, vi è nel cuore un sistema di regolazione automatica dello svuotamento dei due ventricoli, tendente ad evitare sia l'anemia che la congestione dei polmoni. Ad una bassa pressione nel circolo infatti l'onda sistolica destra sarebbe più grande della sinistra, ciò che impedisce l'anemia dei polmoni; ad una pressione media vi è uguaglianza fra le due onde; ad un'alta pressione il valore dell'onda del ventricolo sinistro si eleva mentre quella del destro diminuisce e questo gioco di aspirazione del ventricolo impedisce l'edema.

Ciò ammesso, a cuore sano, nel lavoro o nello sforzo graduale il sistema mantiene il suo equi-

librio attraverso il pronto determinarsi del compenso: ma, nello sforzo subitaneo ed intenso, quando l'aumento della pressione del grande circolo si fa rapido, in un primo tempuscolo il meccanismo non può rispondere con tale fulmineità, onde un fugace aumento della pressione nel piccolo circolo, seguito dal compenso il cui intervento di tanto sarà più pronto, di quanto più integro è il sistema di autoregolazione e più allenato l'individuo.

Ma vi è ancora da considerare che, nello sforzo eseguito da questo tipo di individui si ha aumento improvviso della pressione endoaddominale per contrazione dei muscoli della parete addominale, con sollevamento del diaframma, cui consegue diminuzione del diametro verticale della gabbia toracica con disturbi nella circolazione venosa e specialmente del piccolo circolo.

Il tempuscolo di disarmonia funzionale fra i due segmenti non può non tradursi in una distensione dei vasi della rete polmonare, specialmente se il gioco dura da molto tempo. Tuttavia sulla facilità con cui la distensione si avvera, sulla sua durata e sulla sua intensità deve esplicare molta influenza la tendenza costituzionale dell'individuo e quindi lo stato speciale in cui si trova il sistema.

Ciò costituisce la capacità del sistema cardiovascolare allo allenamento, in cui vi è un limite individuale, oltre il quale si ha danno più o meno notevole nel sistema circolatorio.

E questo avviene non soltanto per gli squilibri che possono determinarsi nel suddetto meccanismo di autoregolazione, ma anche per il comportamento delle proprietà dinamiche del cuore, la cui efficienza, anche rimanendo nei confini fisiologici, è anch'essa essenzialmente individuale.

PIRAINO. — Chiede se il prof. Arnone abbia avuto occasione di notare la presenza o meno di alterazione (distensione) a carico del tronco e dei grossi rami dell'arteria polmonare.

Potrebbero anche mancare, ma, ove fossero presenti, potrebbero essere i responsabili di alcuni fatti riscontrati clinicamente in condizioni quasi analoghe. L'O. ritiene di avere attinto molti elementi per credere che quella che, fino ad oggi, è stata una sindrome di esclusiva individualizzazione radiologica, debba considerarsi anche come sindrome clinica.

ARNONE. — Ha trattato l'argomento in questa sede, perchè il quadro radiologico illustrato, come anche le ombre polmonari nel morbo di Ayerza, sono state interpretate come dovute a lesioni del sistema glandulare linfatico.

Sulla interpretazione delle ombre ilari oramai, nel campo radiologico, non si ammettono più discussioni.

I radiogrammi che ha proiettato dimostrano all'evidenza le condizioni tanto del polmone destro, che del polmone sinistro, senza differenze di sorta.

Il termine « polmone da sforzo » deve essere mantenuto non solo in analogia al termine « cuore da sforzo » ma anche perchè serve a designare un quadro clinico definito, il cui valore sarà chiarito meglio quando potrà essere illustrato il meccanismo con cui si producono e si modificano tali ombre.

Conviene con il prof. La Franca che la chiave del problema consiste appunto nell'equilibrio di autoregolazione del circolo polmonare e nel comportamento delle proprietà dinamiche del cuore, come del resto illustrerà in altro lavoro.

Al dott. Piraino che ha fatto un minuto confronto fra le ombre del morbo di Ayerza ed il quadro radiologico illustrato, può fin da ora, annunziare che, radiologicamente, si è notata anche una dilatazione del fascio vascolare durante lo sforzo, in gran parte a carico dell'arteria polmonare.

Pneumotorace terapeutico simultaneamente bilaterale.

FICI. — Le sue osservazioni personali sono 23, con 6 casi di morte, 3 casi pervenuti alla fine della cura, 14 casi in corso di cura.

Dei casi pervenuti alla fine della cura, nota come 2 abbiano dato risultati favorevoli, con notevole miglioramento dello stato generale e locale ed uno invece abbia dato risultato sfavorevole. Dei casi in corso di cura nota come 4 abbiano un decorso nettamente favorevole, 5 decorso sfavorevole e come su altri 4 non sia possibile alcun giudizio, dato il brevissimo tempo intercorso dall'inizio della cura.

Non in tutti i casi di morte esistevano le condizioni ideali per la costituzione del pneumotorace bilaterale, o per estese lesioni specifiche, o per aderenze a livello delle zone lese, invincibili ed impedenti il collasso. Come corollario, può dirsi che la collassoterapia simultaneamente bilaterale debba essere applicata soltanto nei casi con lesioni fibro-caseose discretamente evolutive, interessanti le zone alte dei polmoni, con estensione più o meno prevalente in un lato od ugualmente diffusa in ambo i lati, con aderenze assenti od il meno possibilmente numerose, e senza grandi formazioni cavitarie.

Per la tecnica, occorre principalmente la maggiore attenzione, sia per i tempi di rifornimento, sia per le singole quantità di gas da immettere nei rifornimenti, al fine di ottenere ed intrattenere il collasso elettivo bilaterale, nonchè attenta sorveglianza degli ammalati.

È assolutamente necessario che il pneumotorace bilaterale sia praticato da esperti specializzati ed in luoghi di cura opportunamente attrezzati (Sanatori, Ospedali).

Fra le complicazioni ritiene più degne di nota: il pneumotorace spontaneo in seguito a prime introduzioni, che, più frequentemente, ha luogo nell'istituzione del secondo pneumotorace e che è da considerare quasi sempre come accidente assai pericoloso e sempre gravissimo, ove l'infermo non venga prontamente ed opportunamente soccorso: la fistola pleuro-polmonare con empiema, le pleuriti pneumotoraciche, che ritiene molto frequenti e pericolose per il conseguente sviluppo dello ispessimento pleurico; infine l'*atelectasia polmonare cronica progressiva bilaterale* da incarceramento creato dalle pleure ispessite, messa in evidenza, per la prima volta, dall'O. con esito sicuramente mortale, per anossiemia ed insufficienza cardiaca.

Pneumotorace simultaneo bilaterale.

VARVARO. — L'O. tende ad attribuire la causa di morte di un'inferma da lui curata ad una eccessiva stimolazione del vago ed ai disturbi funzionali consecutivi.

A. CUSUMANO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

L'eritrocianosi sopramalleolare e l'eritema indurato di Bazin.

L'eritrocianosi sopramalleolare, affezione attualmente bene individualizzata dal punto di vista clinico, è generalmente considerata come una sindrome di insufficienza vascolare e di disturbi endocrino-simpatici. R. S. Mach (*Revue méd. Suisse Romande e Arch. mal. du coeur, vaisseaux, sang*, febbr. 1931) osserva, invece, che vi sono molti fatti che inducono ad apparentare tale malattia all'eritema indurato di Bazin, di cui non è discussa l'origine bacillare, tanto più che vi sono delle forme intermediarie, degli eritemi subacuti, che si presentano come i primi stadi della malattia di Bazin. D'altra parte, tale autore non ha osservato nelle giovani donne affette da eritrocianosi nessun disturbo endocrino salvo, in qualche caso, un certo grado di adiposità, mentre ha, invece, notato abbastanza spesso degli antecedenti bacillari, dei segni di impregnazione tubercolare.

Nè lo studio clinico delle lesioni, nè quello del terreno permette di isolare le due affezioni; al contrario, l'una potrebbe essere la forma attenuata dell'altra; anche l'opoterapia non ha dato nessun risultato nell'eritrocianosi, mentre si sono osservate delle guarigioni o dei miglioramenti con la tubercolina.

La ricerca delle forme atipiche del bacillo tubercolare secondo la tecnica di Paisseau e Valtis avrebbe fornito, in un caso di eritrocianosi sopramalleolare, risultato positivo. La prova sicura potrebbe essere raggiunta soltanto dopo moltissime inoculazioni, con risultati positivi. Ad ogni modo, per ora la questione dell'eziologia tubercolare dell'eritrocianosi sopramalleolare rimane aperta, mentre essa va considerata come altra cosa che una sindrome di insufficienza endocrina. *fil.*

Le ulcere delle gambe ed il loro trattamento.

Ulcera sifilitica. Pulizia locale e trattamento specifico H. Massot (*Gaz. méd. de France*, 1° ottobre 1930) consiglia una media di 30 iniezioni quotidiane di un cg. di cianuro di mercurio per cicatrizzare un'ulcera di 7 cm. di lunghezza.

Ulcera tubercolare. Cauterizzazione, applicazione di raggi ultravioletti o, meglio, di raggi X. Raramente si fa subito una diagnosi esatta, ma si crede dapprima che si tratti di ulcera banale.

Ulcera varicosa. Spesso questa è confusa con l'ulcera sifilitica; un trattamento di prova può dare talora risultati sorprendenti.

I nuovi medicamenti proposti per le ulceri varicose sono l'insulina (iniezioni di 15 unità, per 15 giorni di seguito) e l'acetilcolina (iniezioni ipodermiche quotidiane, da 10 cg.). Queste medicazioni si aggiungono al trattamento locale. Talvolta, la semplice medicatura con siero glucosato al 60 % ha dato la guarigione.

Se l'immobilizzazione prolungata è impossibile, si prescriveranno due giorni di riposo, si deterge l'ulcera, la si pulisce con etere e poi si applica uno stivale alla colla di zinco.

Si fonde a bagno-maria la colla (Ossido di zinco g. 25; Gelatina g. 50; Glicerina, Acqua, in tutto g. 100). La si applica col pennello sull'ulcera e sulla sua periferia; se ne impregna altresì una fascia di mussola e la si applica, incominciando dalla parte media del piede per arrivare fino al ginocchio. Si lascia seccare per qualche ora. Lo stivale si lascia in posto per 3-8 giorni secondo il grado di secrezione dell'ulcera.

Si può applicare sull'ulcera la medicatura con la crema di Vienna: Biborato di sodio, g. 40; sciogliere a caldo in Acqua di calce gr. 50; incorporare progressivamente Ossido di zinco gr. 60, mescolare con Olio di mandorle dolci g. 140.

Coprire poi con qualche compressa di garza, lasciar seccare per 12-16 ore, rinnovare ogni 5 giorni.

Nella clientela povera, la semplice applicazione di striscie di dyachilon, cambiata ogni qualche giorno, può dare la guarigione.

Se il malato può stare steso supino per un tempo sufficiente, lavatura con vino aromatico ed applicazione di un unguento di stirace (ana con sugna), ricoprendo poi con compresse di garza; rinnovare ogni 3 giorni.

Sono stati raccomandati anche la vaccinoterapia e la medicatura con il batteriofago.

fil.

Il trattamento dell'ulcera indolente della gamba.

Il medico pratico, osserva Wrigh (*Lancet*, 28 febbr. 1931), sa quanto noiosa sia questa affezione e come essa produca, in chi ne soffre, uno stato di inferiorità per la sua cronicità, per il suo fetore, per l'insonnia e l'irritabilità che essa provoca.

L'ulcera indolente della gamba, è limitata ad una ben definita area del corpo: generalmente il suo limite inferiore corrisponde all'altezza a cui arriva la scarpa, mentre il superiore arriva all'unione del terzo sup. col terzo medio della gamba.

L'affezione è dovuta ad una perdita dell'equilibrio vascolare nella gamba. La causa più comune di questo squilibrio è l'alterata circolazione per vene varicose, donde il nome di ulceri varicose, nome errato perchè lo squilibrio può essere dovuto a molte altre cause qua-

li la gravidanza, ostruzioni venose o linfatiche di qualsiasi origine, (trombosi ecc.), anchilosi, traumi delle gambe seguiti da lungo riposo in letto, professioni che richiedono un lungo periodo di posizione eretta ecc.

L'ulcera è spesso associata ad altre condizioni locali derivanti dalla stessa causa quali alopecia, eritemi, eczemi, ipercheratosi, periflebiti, periostiti, osteiti ed artriti con deformità.

Il trattamento può seguire vari indirizzi:

1) la neutralizzazione degli effetti della gravità nella circolazione dell'arto;

2) il trattamento locale dell'ulcera con applicazioni stimolanti o asettiche o con innesti;

3) il trattamento con calcio e paratiroidi;

4) l'amputazione.

Quest'ultimo rimedio è molto raramente necessario: varie combinazioni dei primi tre sono più frequentemente usate. L'A. propone un suo metodo che da varii anni gli fa ottenere ottimi risultati.

Esso consiste:

1) nel correggere lo squilibrio della circolazione venosa aiutando l'arto a neutralizzare la stasi venosa, linfatica e dei liquidi dei tessuti per mezzo di strette fasciature con cerotto adesivo, applicato direttamente sull'ulcera e sulla pelle per un'estensione che va dalle dita del piede sino al ginocchio.

2) nell'astensione assoluta da qualsiasi trattamento locale dell'ulcera.

3) nell'obliterazione delle vene varicose eventualmente presenti per mezzo di iniezioni di morruato sodico al 5 % cominciando dall'alto verso il basso.

4) nell'innesto con pezzi di cute del paz. stesso nei casi di ulceri molto estese.

La fasciatura è lasciata in situ fino alla guarigione, che avviene entro 7-8 settimane: in alcuni casi è necessario togliere la prima fasciatura ed applicarne un'altra.

I vantaggi del metodo sono la rapidità della guarigione e la rarità delle recidive.

Svantaggi sono l'eczema prodotto dal cerotto sulla pelle e il fastidio che la fasciatura può dare nei primi giorni: ma sono disturbi di ben poco conto di fronte ai buoni risultati ottenuti nella terapia di un'affezione così ostinatamente ribelle alle comuni cure.

G. LA CAVA.

Altre osservazioni sulla cura locale con l'insulina nelle ulcerazioni.

Adlersberg e Perutz (*Deutsch. Med. Woch.*, n. 45, 1930) ricordano rapidamente le varie applicazioni che ha subìto l'insulina nella cura delle manifestazioni ulcerative della cute.

Riferiscono poi i casi da loro trattati con questo metodo, ed affermano di avere ottenuto delle guarigioni brillanti, e per completezza e per rapidità, laddove ogni altro tentativo era fallito; sopratutto nelle ustioni i risultati sono stati ottimi.

Non occorre una cura generale, come altri AA. hanno consigliato, ma basta la somministrazione per os; è necessario, però, usare soluzioni d'insulina alcaline o neutre; le acide sono inefficaci o dannose.

Esistono anche, benchè rari, dei casi di insulinoresistenza; ad ogni modo la cura merita di essere largamente applicata. V. SERRA.

La cura insulinica nelle eritrodermie da salvarsan o da mercurio.

Teresa Malamud (*La prensa Medica Argentina*, gennaio 1931) riferisce di 3 casi di eritrodermia grave da salvarsan o da mercurio efficacemente curati con l'insulina. L'azione sui vari sintomi, prurito, desquamazione ecc. fu rapida ed evidente.

È necessario usare l'insulina in dose sufficiente, determinabile per ciascun caso, senza eccessivo timore di fenomeni ipoglicemici. Si comincia col tentare la sensibilità individuale con dosi di 20-30 U. *pro die*, indi si aumenta secondo i casi (in media sino a 60 U.) e si continua la cura sino a guarigione.

Nei casi in cui vi sia segno di disturbi a carico del fegato è opportuno associare la opoterapia epatica. G. LA CAVA.

L'insulina nel prurito degli itterici.

T. Malamud (*Prensa Médica Argentina*, 30 gennaio 1931) ha usato l'insulina in 5 casi di ittero, di cui 3 da affezione benigna e 2 da affezione maligna. In tutti i casi ha osservato la soppressione più o meno rapida del prurito. Circa le modalità dell'uso dell'insulina, l'A. ha adoperato dosi diverse nei singoli casi, lasciandosi guidare dal criterio della sufficienza. L'insulina venne somministrata in due iniezioni quotidiane. Quando il miglioramento si manifesta, basta una sola iniezione.

C. TOSCANO.

SEMEIOTICA.

Dolore dorso-lombare causa di inabilità. Diagnosi differenziale.

Per prima cosa bisogna escludere lesioni gravi (fratture, lesioni distruttive come tubercolosi e cancro), il che si può fare con radiogrammi.

In alcuni casi, secondo R. Mc E. Schauffler (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 6 dicembre 1930), si tratta di dolorosi riflessi o per malattie midollari o per malattie dei visceri. Bisogna anche escludere le psiconeurosi, in alcuni casi.

In ogni caso si farà un'anamnesi accurata, seguita da un accurato esame obbiettivo.

L'esame radiologico può mettere in evidenza malformazioni congenite della colonna (spondilolistesi, spina bifida, sacralizzazione della V lombare) o alterazioni acquisite (artrite).

Se non si trovano lesioni delle ossa bisogna vedere se non si tratti di distorsione o di processo tossico o infettivo a carico dei muscoli o delle articolazioni. In quest'ultimo caso è utilissimo il riposo associato alle cure saliciliche. Nelle distorsioni basta il riposo assoluto.

Alcuni malati traggono giovamento dai bagni caldi e massaggi. Alcune forme gravi migliorano solo col busto. In alcuni casi si hanno miglioramenti mobilizzando il ceco (che era fisso) o, nelle donne, coll'isterectomia.

R. LUSENA.

Il dolore addominale nelle malattie della pelle a tipo eritematoso.

La porpora, l'eritema, l'urticaria, l'edema angioneurotico si associano spesso al dolore addominale.

J. Ridgeway Trimble (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 13 giugno 1931) ha studiato 13 bambini e 2 adulti con dolori addominali e manifestazioni cutanee. In 14 casi c'era porpora, in 6 eritema, in 6 edema angioneurotico e in 5 urticaria.

La porpora va distinta dall'emofilia e presenta un tipo idiopatico e uno sintomatico. Tutti i casi osservati dall'autore erano di porpora idiopatica con numero di piastrine normale.

Il dolore addominale ha sempre preceduto l'eruzione di porpora; in un caso ci furono sintomi di peritonite e l'intervento chirurgico dimostrò chiazze emorragiche sull'intestino e sul mesentere.

A questi sintomi si sono associate manifestazioni urinarie: albuminaria, ematuria, cilindruria.

L'A. ritiene che si possa pensare ad un fenomeno allergico e mette in evidenza le analogie del quadro dei suoi malati con quello dell'anafilassi.

R. LUSENA.

IGIENE.

Risultati della vaccinazione preventiva della tubercolosi col B. C. G. nei fanciulli in Francia, durante i cinque anni 1925-30.

A. Calmette ha riferito nella seduta del 21 luglio 1931 della Accademia di Medicina di Parigi (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, Tom. CVI, n. 27) i risultati finora conosciuti della vaccinazione preventiva della tubercolosi col B. C. G., durante il periodo 1925-30, riferiti dai 114 dispensari antitubercolari e dai medici e levatrici di 42 dipartimenti, che hanno risposto all'inchiesta promossa nel gennaio 1931 dall'Istituto Pasteur.

Le cifre fornite dai dispensari si riferiscono a fanciulli nati e allevati in ambiente infetto e seguiti nei dispensari stessi.

Degli 8075 bambini vaccinati nei dispensari, 581 sono morti per varie cause e di essi 89 durante il primo mese di vita, 371 tra un mese e un anno di età, 121 tra un anno e quattro anni. Nessun morto si è riscontrato in quelli vaccinati da oltre 4 anni.

La mortalità generale dei bambini in età tra un mese e un anno con o senza contatto tubercolare e non vaccinati, è risultata del 6,10 %; quella dei bambini non vaccinati viventi in contatto tubercolare del 16 al 25 %, quella dei bambini di famiglie tubercolotiche vaccinati del 4,7 %.

Calmette conclude che la vaccinazione B. C. G. protegge i fanciulli molto al di là della prima infanzia e si mostra perfettamente inoffensiva.

In 42 dipartimenti, 338 tra medici e levatrici hanno vaccinato 22746 bambini, con i seguenti risultati: 174 bambini (0,7 %) sono morti durante il corso del primo mese di vita e 408 (1,8 %) sono morti per cause varie, tra la fine del primo mese e la fine del quarto anno di vita.

Sul totale dei vaccinati il 22 % erano nati in ambiente tubercolare e di questi il 33,6 % da madre tubercolotica.

I risultati ottenuti sarebbero dunque buoni, più soddisfacenti di quello che si sarebbe creduto.

Calmette fa voti che largamente si diffonda la vaccinazione preventiva che costituisce « un'arma perfettamente inoffensiva e manifestamente efficace di lotta contro la tubercolosi ».

VICENTINI.

MEDICINA SCIENTIFICA

Ipertermia nei campi di altissima frequenza.

Un metodo di provocare l'ipertermia a scopo curativo è quello di sottoporre il corpo a corrente di alta frequenza. Un gruppo di ricercatori dell'Albany Medical College (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 1 agosto 1931) hanno studiato gli effetti di queste applicazioni, fatte con apparecchio costruito sul principio di un radiotrasmittente. In 15' si ha aumento di 2,2° di temperatura nell'uomo. Negli animali si raggiunsero senza inconvenienti temperatura alte (40,5°); l'animale ritorna rapidamente alla temperatura normale purchè la temperatura non sia stata portata a oltre 42°. Gli animali trattati con temperatura al disopra di 42,5° non sopravvivono; presentano oliguria, aumento degli eritrociti e dei leucociti, presenza di eritrociti immaturi.

Jacobsen e Hosoi credono che l'ipertermia ottenuta con questo metodo e localizzata ai soli arti possa essere utile nel m. di Raynaud, nella malattia di Buerger e nell'arteriosclerosi.

R. LUSENA.

VARIA.

Alterazioni nasali e funzioni genitali.

U. Bombelli (*Rivista Oto-neuro-oftalmologica*, 1931, fasc. III) riferendo tre casi di lesioni nasali di diversa natura (trofica, neoplastica, flogistica) in coincidenza con varie fasi della vita sessuale, richiama l'attenzione sulla frequenza ed importanza dei rapporti intercedenti tra alterazioni nasali e funzioni genitali.

Questi rapporti furono notati dagli antichi e studiati dai moderni.

Un aforisma di Ippocrate accenna alle epistassi vicarianti delle mestruazioni e lo stesso rilievo fece Morgagni.

Pueck, Roth, Schiff, Schickele, Raciborski e altri rilevarono le epistassi in varia proporzione nelle emorragie vicarianti delle mestruazioni.

Joal, Peyer, Endriss, Torrigiani studiarono casi di epistassi negli onanisti e Hildnaus di epistassi abituale dopo il coito.

Gallard attribuisce il fenomeno all'aumento di tensione generale delle vie circolatorie, che può dar luogo a congestioni nei diversi organi e portare alla rottura di piccoli vasi là dove questi offrono una minore resistenza.

Raciborski lo considera un fatto neurotico, Bompiani un disturbo endocrino-costituzionale. Fliess ha notato, e Schiff ha confermato, sulla mucosa nasale la presenza di « punti genitali » (testa del turbinato inferiore e tubercolo del setto) cocainizzando i quali si calmano le sofferenze della dismenorrea nervosa.

In effetti si tratta di un fenomeno riflesso vasomotorio, che provoca la vasodilatazione di tutto il segmento cefalico, non dissimile al rossore del volto concomitante del sentimento del pudore.

L'autore ricorda il caso di un giovane vagotonico, il quale evocando immagini voluttuose avverte un vellichio della mucosa nasale seguìto da uno o più starnuti, e ciò prima che si verifichi la minima modificazione congestizia dei genitali.

Il meccanismo di questo riflesso naso-genitale è oscuro. I fatti finora raccolti non autorizzano ad alcuna conclusione. Il punto di partenza del riflesso può consistere nello stimolo localizzato alla sfera genitale o può consistere in un eccitamento puramente psichico. Ma non è neppure escluso che i fatti nasali e genitali siano contemporanei e determinati tutti e due dal versamento in circolo di ormoni sessuali.

Le analogie anatomiche e funzionali fra naso e genitali, già notate da Mackenzie, Arviset e Isch-Wall sono state ampiamente illustrate da Bilancioni e Ferreri.

Bilancioni ha studiato l'importanza sessuale degli eccitamenti olfattivi e reciprocamente le esaltazioni, le deviazioni e le depressioni dell'olfatto in rapporto alle varie fasi del ciclo sessuale e alle alterazioni degli organi genitali.

Ferreri trova analogie anatomiche, oltre che nelle parti erettili del naso e dei genitali, anche tra le glandule racemose della mucosa dei turbinati e quelle di Bartolini. I corpi cavernosi nasali sono innervati dai nervi erigentes, provenienti dal ganglio sfeno-palatino, il quale a sua volta è collegato mediante anastomosi con il ganglio carotideo, per modo che attraverso questa rete possono giungere al naso eccitazioni da organi i più lontani. Lo stesso Ferreri ha fatto studî accurati su i rapporti tra affezioni nasali trofiche e variazioni qualitative e quantitative dell'attività sessuale dando alle affezioni stesse il nome di rinite discrinica. Egli notò uno stato ipertrofico congestivo e d'iperattività glandulare con esito in atrofia negli intemperanti e negli astinenti volontarî, mentre negli astinenti per ipogenitalismo notò un'atrofia diffusa e totale di tutto il sistema mucoso-glandulare.

Bompiani ha studiato le alterazioni nasali in rapporto ai vari momenti della vita sessuale e ha notato in genere la grande frequenza di forme ipertrofiche, iperplastiche e ipersecretive all'inizio dell'attività sessuale, mentre al suo spegnersi si hanno più spesso forme atrofiche. Tali fatti fisio-patologici sarebbero in rapporto con variazioni dell'equilibrio endocrino-simpatico.

La gravidanza ancora più della mestruazione turba questo equilibrio.

Bilancioni ha notato che la maggior parte delle gravide presenta iperemia della mucosa nasale ed ipertrofia del turbinato inferiore: la mucosa appare bluastra con diramazioni vascolari ben visibili. Egli ricorda la giovane gravida osservata da Michele Sovanorola, la quale in dodici giorni perdette 16 libbre di sangue dal naso, e l'altra gravida osservata da Rosenberg, la quale durante tutta la gestazione ebbe vere epistassi vicarianti. De la Cruz Correra e Becco riferiscono il caso di una donna gravida per la quarta volta, che, come nelle precedenti gestazioni, soffriva marcata occlusione nasale con notevole congestione e tumefazione dei turbinati, fatti che scomparvero con il parto. *argo.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Alla dott.ssa M. A. da R., abb. n. 8721:

Secondo molti autori, tra cui il Gaglio, l'arsenico passa nel latte solo in piccole quantità.

In realtà, nella pratica, le cure arsenicali ricostituenti, fatte dalla donna che alleva, sono ben sopportate, senza disturbo alcuno da parte del lattante.

Specialmente indicate, qualora vi sia l'indicazione terapeutica, sono le iniezioni di cacodilato di sodio, nelle dosi usuali.

M. FABBRI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Convegno di medici condotti.

Il Convegno regionale dei medici condotti tenutosi a Bari il 12 settembre, è riuscito importante per il numero e la qualità degli intervenuti e per i temi discussi.

I lavori si sono svolti nell'Aula magna della R. Università Adriatica « Benito Mussolini », con l'intervento di oltre 200 medici della Puglia, delle regioni finitime e di altre regioni dell'Italia centrale e settentrionale. Onorarono il convegno della loro presenza il segretario generale del P. N. F., S. E. Giuriati, il ministro S. E. Di Crollalanza, il rettore magnifico dell'Università prof. Mariani, quasi tutto il corpo accademico, i sen. Maragliano e Guaccero, l'on. Morelli, il prof. Giannini, medico capo della Cassa Assicurazioni Sociali, il prof. Ravicini, per la Direzione Generale della Sanità, il dott. Cazzella, per il Sindacato Nazionale Veterinari, il prof. Botti, in rappresentanza di S. E. De Blasi, il comm. Freda, fiduciario provinciale del Pubblico Impiego, la sig.ra Corjoux, delegata provinciale dei Fasci Femminili, il comm. Lusignoli e molti altri rappresentanti.

Il discorso inaugurale fu pronunziato da S. E. GIURIATI, il che ha conferito speciale solennità al convegno. Parlarono anche l'on. MORELLI, il prof. MARIANI e altri.

I lavori si sono svolti sotto la presidenza del grand'uff. Oreglia; funzionava da segretario il dott. Emilio Ricci, di Roma.

Il dott. comm. ARNALDO LUSIGNOLI riferì sul tema: *Il compito del medico condotto nello Stato Fascista*, intrattenendosi su varie malattie sociali: tubercolosi, malaria, tracoma, cancro; terminò inneggiando al Fascismo e al Duce.

Il sen. MARAGLIANO trattò della *Vaccinazione preventiva contro la tubercolosi;* invitò i medici condotti a praticare la vaccinazione, in conformità a quanto il Lusignoli aveva poco prima suggerito.

Il dott. TRIGGIANI, di Bari, lesse una relazione sulle leggi e sulla organizzazione della *lotta contro la tubercolosi* in Puglia e sul contributo che ad essa i medici condotti vanno recando; riferì in particolare sulle province di Brindisi e di Taranto. Insistette sulla necessità che ai medici condotti sia periodicamente concessa la frequenza a corsi integrativi. Chiese che un rappresentante dei medici condotti sia chiamato a far parte delle Giunte esecutive dei Comitati Provinciali Antitubercolari. Interloquirono i dottori VERGANI e RENNA e l'on. MORELLI.

Il dott. LEONETTI, di Andria, illustrò la *lotta contro il tracoma*, con speciale riguardo alla Puglia, preconizzando un maggiore contributo del medico condotto. Il prof. MAGGIORE, direttore della R. Clinica oculistica di Bari, avvalorò con efficacia questo concetto.

Il dott. ATTIMONELLI trattò delle *mutue sanitarie*, ricordando ciò che l'esperienza ha già dettato, attraverso gl'istituti di Previdenza sorti in Italia e all'Estero. I suoi concetti furono ribaditi dai dottori ALZONA, TRULLI, GASPARRO. L'on. MORELLI riferì il suo pensiero e il piano che intende perseguire affinchè l'esperimento mutualistico possa valere di ammaestramento per l'applicazione della futura assicurazione contro tutte le malattie. Sostenne che l'assistenza mutualistica dev'essere affidata al Sindacato Medico. Raccolse il consenso unanime dei convenuti.

Il dott. LUSIGNOLI lesse e pose in votazione tre ordini del giorno, relativi alla lotta contro la tubercolosi, alla lotta contro il tracoma ed all'organizzazione delle mutue; furono approvati.

Il dott. TRULLI pronunziò brevi parole di chiusura. Da ultimo fu inviato un vibrante telegramma di devozione al Duce.

Sindacato medico fascista di Roma e Provincia.

Si è adunato il Direttorio del Sindacato, sotto la presidenza del segretario on. prof. Ermanno Fioretti.

È stato approvato uno schema di convenzione in cui vengono determinate le tariffe minime cui dovranno essere soggette le categorie di persone, non iscritte nell'elenco dei poveri, le quali saranno ammesse alle cure ambulatorie, purchè il loro reddito non superi una determinata somma.

In merito alle mutue sanitarie, il Direttorio, pur riconoscendone la necessità, ha posto alcuni punti fondamentali sui quali dovrebbe essere incardinato tutto il sistema mutualistico. Tali punti sono:

libera scelta del medico;

pagamenti a notula e non a *forfait* e fatto non dagli interessati ma direttamente dalla mutua;

limitazione di appartenenza alle mutue a coloro il cui reddito globale non superi una determinata somma;

controllo del Sindacato per tutto ciò che si riferisce all'attività sanitaria delle mutue.

Il Direttorio ha disposto che sia fatto presente il suo parere, espresso all'unanimità, al commissario del Sindacato nazionale fascista dei medici.

Infine il Direttorio ha approvato il conto consuntivo 1930-31 e il bilancio preventivo 1931-32.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

APECCHIO. — Cond. del Capoluogo e della fraz. Serravalle. Età massima 40 a., con le solite eccezioni. Stip., per 250 poveri, L. 8000, con 5 quadrienni del decimo; c.-v. di legge; L. 800 per Uff. San. al sanitario del capoluogo. Scad. 20 dic.

BARLETTA. *Comune.* — Scad. 27 nov.; direttore del Dispensario celtico comunale; L. 3500; titoli ed esami.

BERGAMO. *Ospedale Maggiore « Principessa di Piemonte »*. — Tre aiuti (di dermatologia, di ostetricia e di anatomia patologica e ricerche cliniche) e due assistenti (di ostetricia e di anat. patol. e ricerche clin.); stipendi L. 8500 e L. 7500, partecipazione, eventualm. c.-v.; riduz. 12 %. Chiedere annunzi. Età lim. a. 35 e 30. Nomine triennali e biennali. Doc. a 3 mesi dal 26 sett. Tassa L. 50. Scad. ore 12 del 31 ott.

CASSIGLIO (*Bergamo*). — Consorzio con Ornica e Valtorta. Stipendio di residenza L. 14.500. Addizion. di legge per i poveri. Indennità: per Uff. Sanit L .800; per spese di ambulatorio L. 500; per mezzo di trasporto L. 3000; per alloggio lire 1200; per caro-viveri, nella misura di legge. Domande e documenti, il cui elenco e modalità risultano nel bando di concorso che può ottenersi rivolgendone richiesta alla Segreteria del Comune di Cassiglio, debbono pervenire alla Segreteria stessa non oltre il 30 novembre 1931.

CERVETERI (*Roma*). — Scad. 30 nov.; per le frazioni; L. 10.500 e c.-v., oltre L. 1750 cavalc.; 4 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

CERVO (*Imperia*). — Per titoli. Stipendio lordo L. 7920 già decurtato del 12 %, oltre indennità di L. 3000 annuali per concorso nelle spese di mantenimento dell'automobile, da provvedersi a spese del medico. Età massima anni 35, salvo disposizioni di legge. Lo stipendio base sarà aumentabile di un ventesimo per ogni biennio e per 10 bienni. Documenti di rito. Tassa di concorso lire 50,10. Scadenza 30 novembre. Per maggiori informazioni, rivolgersi alla Segreteria del Comune.

CORCIANO (*Perugia*). — A tutto 20 dic., pel capoluogo; L. 8000 e 5 sessenni dec., oltre L. 600 serv. att., c.-v., L. 2000-4000 trasp.; se uff. san. L. 360; riduz. 12 %; tassa L. 50,10 (al Monte dei Paschi di Siena, succursale di Perugia); doc. a 3 mesi dal 19 sett.; serv. entro 15 gg.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti*. — Aiuto nell'Ospedale Sanatorio di Careggi; chiedere annunzio; età lim. 35 a.; L. 7050 decurtate del 12 %, oltre c.-v. e altre indennità; titoli ed esami; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 1° ottobre; scad. ore 16 del 31 ott.

GENOVA. *Municipio*. — Cinque posti di medico-condotto. Per titoli ed esami. Stipendio annuo lordo L. 10.500, ridotte del 12 %, con dieci aumenti biennali del ventesimo. Caro viveri come per gli impiegati statali. Indennità speciale ai titolari delle zone rurali. Età massima anni 35, salvo eccezioni di legge. Documenti di rito. Laurea in medicina e chirurgia e titolo comprovante l'esercizio professionale per un periodo non minore di tre anni Scadenza 30 dicembre. Chiedere avviso di concorso all'Ufficio Personale del Comune di Genova.

GENOVA. *Spedali Civili*. — Primario medico e primario in pediatria chirurgica. Laurea da almeno 6 anni; certificati attestanti il prestato servizio militare durante la guerra o le ragioni dell'esonero. Certificati temporanei di data non anteriore a 2 mesi al 19 settembre. Titoli descritti in ordine cronologico in elenco da prodursi in 5 esemplari. Consueta tassa di L. 50. Pubblicazioni in numero di 5 esemplari ciascuna; *curriculum vitae* e riassunto delle pubblicazioni. Stipendio L. 5700 decurtato della R. M. e della riduzione del 12 %. Nomina per 5 anni, salvo riconferme ogni triennio fino a 60 anni. Scadenza ore 15 del 26 ottobre.

Vice primario chirurgo; id. medico; id. specialista in pediatria medica. Laurea da almeno 4 anni. Certificati e documenti come al concorso per primario (v. sopra) salvo il *curriculum vitae*. Stipendio L. 4750 con le riduzioni come sopra. Nomina per 3 anni, salvo 3 riconferme triennali, fino al massimo di 45 anni. Scadenza ore 15 del 24 ottobre. Presentazione dell'istanza e dei documenti alla Segreteria dei detti Spedali (Ospedale S. Martino).

GORNO (*Bergamo*). — Scad. 1° dic.; con Oneta; L. 10.000 e quinquenni dec., oltre L. 500 uff. san., L. 2000 cavalc. e disagiata resid.; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

LATRONICO (*Potenza*). — 1ª condotta; proroga a tutto il 30 ott.

MARSICO NUOVO (*Potenza*). — A tutto 30 ott., per Paterno; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi dal 10 sett.; L. 6000 e 6 quadrienni dodicesimo, ridotte; tassa L. 30,10; serv. entro 20 gg.

MELFI (*Potenza*). — Scad. 31 ott.; 2ª condotta; L. 7000, un quadriennio di L. 500 e 5 di L. 600, riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

ORNICA. — (Vedi CASSIGLIO).

PADOVA. *R. Prefettura*. — Ufficiale Sanitario e Medico Capo del Comune di Padova. Per titoli ed esami. Stipendio iniz. annuo L. 17.000 al lordo delle trattenute di legge e della riduzione del 12 % di cui il R. D. 20-11-1930, N. 1491. Tale stipendio è suscettibile di cinque aumenti quadrien. del decimo dello stipendio base. Supplemento di servizio attivo, lorde L. 2550 non valutab. per la pensione e salva la riduzione di cui sopra. Compartecipazione ai compensi per accertamenti e prestazioni fatti nell'interesse esclusivo di privati. Divieto libero esercizio professionale e di ogni altra occupazione non compatibile coi doveri e decoro dell'Ufficio. Domande e documenti debbono pervenire alla R. Prefettura di Padova (Ufficio del Medico Provinciale) entro le ore 18 del 15 novembre. Per chiarimenti sui titoli ed altre informazioni, rivolgersi all'Ufficio suddetto.

PAVIA. — Tre condotte (una interna e due esterne). Stip. rispettivamente L. 12.000 e L. 14.000; c.-v. di legge. Congedo annuale di 30 giorni. I medici delle cond. est. dovranno essere forniti di mezzo di trasporto proprio; quello della cond. est. di levante dovrà prestare servizio di ambulatorio, senza speciale compenso. Scad. 10 dic.

PONTASSIEVE (*Firenze*). — Scad. 30 dic.; 4ª cond. (Santa Brigida); L. 9000 e 8 trienni dec., oltre L. 3500 trasp., c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

PORTOFERRAIO (*Livorno*). *Civico Ospedale « Vittorio Emanuele III »*. — Chirurgo primario; proroga a tutto il 15 ott. Condizioni già annunziate, ad eccezione dello stipendio iniziale, che con deliberazione in corso di approvazione è stato elevato da L. 15.000 a L. 18.000.

POZZUOLI (*Napoli*). — Scad. 15 ott.; L. 9500 e 4 quadrienni dec., oltre c.-v. per moglie e figli, il tutto decurtabile 12 %.

ROMA. *Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti*. — Primario oto-rino-laringoiatra; scad. ore 16 del 16 nov.; stip. L. 7800 ridotte del 12 %, c.-v.; tassa

L. 50. Età lim. 45 a. al 15 sett. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria Generale (Palazzo di S. Spirito).

S. ILARIO D'ENZA (*Reggio Emilia*). — Scad. 10 dic.; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 indenn. resid., c.-v., L. 3000 automob., L. 750 uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

SAVIGLIANO (*Cuneo*). *Ospedale Maggiore*. — Per titoli. Medico chirurgo aiuto, alle condizioni indicate nell'avviso di concorso in data 18 settembre 1931. Per chiarimenti ed informazioni, rivolgersi alla Segreteria dell'Ospedale.

SONDRIO. *Amministrazione Provinciale*. — Il concorso bandito da questa Provincia in data 31 maggio 1931 per il conferimento del posto di Direttore della Sezione Medico-Micrografica di Sondrio è prorogato alle ore 18 del giorno 30 novembre 1931, ferme restando tutte le altre condizioni riportate nell'originario manifesto.

TORINO. *Sanatorio S. Luigi*. — Chirurgo assistente; chiedere avviso alla Direzione. Scad. 20 nov.

TRAVO (*Piacenza*). — Stipendio annuo L. 9680, lorde ritenute di legge; cinque aumenti quadriennali; indennità di integrazione al Sanitario avente moglie e figli L. 1180; indennità cavalcatura lire 2640. Incarico Ufficiale Sanitario L. 572. Documenti di rito, legalizzati. Scadenza 25 ottobre 1931.

TRIESTE. — Medico scolastico. Condizioni previste dal regolamento del Comune. Domande all'Ufficio municipale di igiene, via R. Pittèri 2. Scad. 15 dic.

VALTORTA. — (Vedi CASSIGLIO).

VERCELLI. *Amministrazione Provinciale*. — Due posti per titoli ed esami: Direttore e Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio di Igiene e Profilassi: *a*) Direttore, stipendio lire 19.000, indennità L. 3000; *b*) Coadiutore, stipendio L. 17.000, indennità L. 2000 annue lorde, ridotte del 12 %.

Sei aumenti quadriennali del decimo sullo stipendio. Scadenza ore 12 del 28 novembre 1931.

Documenti prescritti dall'art. 8 del R. D. 16 gennaio 1927, N. 155, oltre copia dello stato di servizio per chi abbia prestato servizio militare. Assunzione del servizio entro 30 giorni dalla nomina. Regolamento e condizioni visibili presso la Segreteria provinciale nelle ore d'ufficio.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Fondazione Luigi Devoto.

In occasione delle onoranze per il 25° anno di insegnamento ufficiale del prof. gr. uff. Luigi Devoto, fondatore e direttore della Clinica delle malattie professionali di Milano, fu raccolta fra i discepoli, amici, ed estimatori, una somma di cui una parte il Comitato organizzatore destinò per un premio biennale, internazionale perpetuo, all'autore di un lavoro, pubblicato, il quale « *abbia portato un contributo risolutivo su di un punto della patologia del lavoro* ».

Saranno ammessi soltanto i lavori pubblicati dal 1° gennaio 1930 al 31 dicembre 1931. Potranno concorrere italiani e stranieri presentando le loro pubblicazioni in una delle cinque lingue: italiano, francese, inglese, spagnuolo e tedesco; i concorrenti stranieri però dovranno presentare inoltre un sunto del lavoro in italiano o francese. Le opere presentate si conserveranno nella biblioteca dell'Istituto per corredo dei proferiti giudizi. Le opere dovranno essere indirizzate al R. Istituto Lombardo di Scienze e lettere, via Brera 28, Milano. Scadenza 31 dicembre 1931, ore 15. Premio L. 10.000.

BORSE DI STUDIO.

Fondazione Mangiagalli.

Posti di perfezionamento nelle Discipline mediche per laureati dopo il 1° luglio 1928. I vincitori dovranno disimpegnare per un anno solare le funzioni di medici praticanti o di interni nella Clinica od Istituto dell'Università di Milano indicato nella domanda di ammissione. Uno dei premi è conferito, a parità di merito, al concorrente che abbia chiesto di frequentare la Clinica ostetrico-ginecologica. Il premio è di L. 3000 pagabili a rate trimestrali posticipate. Domande, su carta da L. 3, alla Segreteria dell'Università (Corso Roma 10) non oltre il 30 nov., accompagnate dal certificato di conseguita laurea con i punti di merito della carriera scolastica e gli altri titoli e documenti.

Fondazione P. D. Siccardi.

Posto di perfezionamento in Medicina del Lavoro. — Il vincitore godrà il premio di L. 1800 ed avrà le funzioni di medico praticante nella Clinica delle Malattie del lavoro; potrà poi avere un premio speciale di profitto. Domande come sopra.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Giuseppe Ayala è incaricato dell'insegnamento di clinica neuropsichiatrica nella R. Università di Siena. Rallegramenti.

Sono trasferiti i proff.: Mario Zalla, di clinica neuropsichiatrica, da Messina a Firenze; Serafino D'Antona, di clinica neuropsichiatrica, da Siena a Bari; Ivo Nasso, di clinica pediatrica, da Messina a Milano; Luigi Piras, d'igiene, da Parma a Genova; Bruno Polettini di patologia generale, da Bari a Modena.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Leonardo Nardelli in clinica dermosifilopatica; Ennio Bortini in clinica ostetrico-ginecologica; Giovanni Villata in patologia chirurgica; Pasquale Tandoja in radiologia medica; Luigi Sivori in tisiologia.

Il dott. Carlo Nicolle, che da un trentennio dirige l'Istituto Pasteur di Tunisi, è nominato commendatore della Legion d'Onore. Il dott. Nicolle, autore d'importanti scoperte, è insignito del premio Nobel.

Il dott. Leriche, professore di clinica chirurgica a Strasburgo, è nominato professore di patologia esterna (chirurgica) a Lione.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Firenze.

Il XIV° Congresso della Società Italiana di Pediatria.

Il giorno 23 settembre, nell'aula magna della nostra Università, alla presenza delle Autorità cittadine e delle più eminenti personalità scientifiche, ha avuto luogo la seduta inaugurale del XIV Congresso della Società Italiana di Pediatria. Fra gl'intervenuti, oltre al prof. Valagussa per l'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, al prof. D'Ormea per la Croce Rossa Italiana, al prof. Midulla per l'O. N. B., si notavano anche il prof. Lereboullet per la Facoltà di Parigi, il prof. Mauriquand per quella di Lione e il prof. Pehu per le Associazioni pediatriche francesi.

La seduta fu aperta dal Prefetto S. E. Baratono che portò i saluti e gli auguri del Governo Fascista, il quale segue con grande amore e interesse tutto ciò che la medicina viene operando nel campo pediatrico. Tenne un elevato discorso il Magnifico Rettore prof. De Vecchi, che espresse i voti e gli auguri del nostro Ateneo e della Facoltà di Medicina. Dopo che il prof. Trambusti, segretario del Comitato ordinatore del Congresso, ebbe dato lettura di numerosi telegrammi di adesione, il prof. Comba, presidente del Comitato stesso, ricordò le fattive benemerenze della Società Italiana di Pediatria, il cui nome è legato indissolubilmente a quello del prof. Giuseppe Mya caro a tutti i fiorentini che trovano oggi nell'Ospedale pediatrico Mayer un vero modello fra gl'Istituti del genere italiani ed esteri.

Il prof. Allaria, presidente della Società Italiana di Pediatria, pronunciò quindi il discorso inaugurale, ricordando le origini della Società, la cui vita ebbe inizio nel 1898 a Torino, e, esaminando l'attività delle cliniche pediatriche italiane, affermò che esse nella loro infaticabile operosità seguono strettamente le direttive e le provvidenze del Regime. Il prof. Allaria espresse voti affinchè venga reso obbligatorio ai medici condotti un periodo di studio e di perfezionamento, con corsi pratici di pediatria, dato che una gran parte della loro attività professionale deve svolgersi nel campo pediatrico; salutò quindi i rappresentanti delle grandi Istituzioni del Regime, le Società di Ortopedia, di Radiologia, di Eugenica e Talassoterapia, legate da strettissimi rapporti di lavoro e finalità con quella di Pediatria e, rivolgendo un ringraziamento al prof. Comba, attivo e intelligente organizzatore del Congresso, rese omaggio a S. A. R. la Principessa di Piemonte per essersi degnata di accordare il suo alto patronato al Congresso stesso e infine agli illustri colleghi stranieri intervenuti.

Parlarono quindi applauditissimi i proff. Lereboullet e Mouriquand, il prof. Midulla, il prof. Cacace per la Società di Nipiologia, il prof. Galeazzi per quella di Ortopedia, il prof. Siciliano per quella di Radiologia.

Seguì di poi la relazione del prof. Valagussa che, nella sua qualità di sub-Commissario dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, tracciò la sintesi del lavoro veramente poderoso compiuto da questo Ente Fascista « tipica espressione del Regime », com'ebbe a definirlo S. E. Benito Mussolini. Dalla lucida relazione risultò con eloquenza di cifre dimostrative quanto in Italia si è fatto e si va facendo in favore delle opere assistenziali per la madre e il fanciullo, tanto che, sotto questo punto di vista, l'Italia può ben dirsi alla testa delle altre nazioni ove funzionano tali provvidenze. Espose quindi il bilancio dell'Opera tracciando a grandi linee il suo operato e le direttive future, riferendo tra l'altro sull'importanza della istituzione in Roma di un Centro assistenziale materno e infantile che entrerà in piena attività tra pochi giorni e dimostrando la benefica azione esercitata dalle cattedre ambulanti di puericultura i cui resultati lusinghieri sono resi palesi dalla discesa della mortalità e della morbilità infantile.

Le successive sedute sono state tenute dai Congressisti nell'aula dell'Ospedale pediatrico Mayer: in esse sono stati svolti ampiamente dai singoli relatori i temi all'ordine del giorno e precisamente: « le pleuriti purulente nell'infanzia », relatori i proff. Nasso, Castronuovo, Laurinsich e Cocchi; « le sindromi encefaliche nell'infanzia », relatori i proff. De Toni, Taccone e Bergamini; « direttive dietetiche nelle collettività infantili », relatori i proff. Macciotta, Brusa e Lacca. Le tre relazioni hanno dato luogo a interessanti e animate discussioni e ad esse hanno fatto seguito varie comunicazioni.

Il Congresso ha chiuso i propri lavori il giorno 26 con un ricevimento in Palazzo Vecchio offerto dal Comune di Firenze, dopo di che i congressisti sono partiti per visitare Siena e Perugia. A Perugia ebbe luogo un ricevimento in loro onore, offerto dal podestà dott. Buitoni; furono pronunziati vari discorsi significativi.

P. CANALE.

(Pubblicheremo prossimamente un resoconto dei lavori. — *N. d. Redaz.*).

NOTIZIE DIVERSE.

14° Congresso internazionale di oftalmologia.

Si adunerà a Madrid nell'aprile 1933 e discuterà i seguenti temi ufficiali: « Distacco della retina », relatori Ovio (Roma) e Lagrange (Parigi); « Tubercolosi dell'iride e del corpo ciliare », relatori Vogt (Zurigo) e H. Arruga (Barcellona). Presidente del Comitato esecutivo è il Dr.. Manuel Márquez di Madrid; segretario il Dr. Francisco Poyales.

Gli atti del congresso adunatosi nel 1929, sono ora stati pubblicati e possono aversi dal segretario generale, prof. E. Marx, Invichting voor Ooghyders, Oostmolenwerf 5, Rotterdam, Olanda, al quale vanno anche indirizzate tutte le richieste di informazioni.

2° Congresso latino di oto-rino-laringologia.

Come ne avevamo dato l'annunzio, si è adunato a Catania nei giorni 28 e 29 settembre, sotto la presidenza del prof. S. Citelli, il congresso della Società oto-rino-laringologica latina. Vi hanno partecipato più di 60 specialisti appartenenti alle varie Nazioni dell'Europa latina. Il congresso si è chiuso a Siracusa, con un ricevimento offerto dal Municipio nella Latomia dei Cappuccini.

27° Congresso italiano di dermosifilografia.

Il Congresso annuale della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia avrà luogo in Genova, presso quella R. Clinica Dermosifilopatica, nei giorni 21-23 ottobre.

I temi ufficiali sono: 1° « Pemfigo e pemfigoidi »; 2° « Le ultime vedute sulla terapia dell'infezione gonococcica »; 3° « Le acrodermatosi in relazione con disturbi circolatorii ».

Per schiarimenti ed informazioni rivolgersi al segretario della Società, prof. Vincenzo Montesano, via Campo Marzio 69, Roma.

4° Congresso nazionale per la lotta contro la tubercolosi.

Come abbiamo ripetutamente annunziato, si tiene in questi giorni a Bologna. Ne riferiremo nei prossimi numeri.

6° Congresso neuropsichiatrico spagnolo.

La « Asociación española de Neuropsiquiatrias » terrà la 6ª riunione a Granata dal 3 al 6 novembre; contemporaneamente si terrà la 5ª assemblea della « Liga española de Higiene mental ». Alla fine del congresso avrà luogo una gita collettiva alla Sierra Nevada. Chiedere informazioni alla segreteria dell'Associazione (Rambla de Cataluña 47, Barcelona) o della Lega (Embajadores 41, Madrid), od anche al Dr. A. J. Torres López, della Commissione organizzatrice locale (Gran Via 36, Granada).

Convegno di otorinolaringologi.

Per iniziativa del prof. Francesco Lasagna, della Università parmense, ha avuto luogo un Convegno di specialisti del gruppo romagnolo-emiliano di otorinolaringologia. Il Congresso ha iniziato i lavori con un discorso di saluto, pronunciato dal prof. Lasagna, al quale ha risposto il prof. Zoia.

Furono trattati vari argomenti dai proff. Calamida, Carnevali-Ricci e Tenaglia di Milano; Caliceti e Vigi di Bologna; Pallestrini di Modena; Orlandini di Firenze. I congressisti si sono recati poi a visitare le Terme Berzieri e il Sanatorio di Salsomaggiore, ove hanno partecipato ad un ricevimento in loro onore.

Corsi di perfezionamento.

Un corso di gastrologia sarà tenuto dal dott. Félix Ramond, nell'« Hospital Saint-Antoine » di Parigi, a partire dal 9 novembre; le conferenze saranno seguite da dimostrazioni pratiche d'ordine clinico, radiologico, chimico e di fotografia endogastrica. Le lezioni sono gratuite. Per informazioni o iscrizioni rivolgersi alla « A. D. R. M. », presso la Facoltà Medica; oppure all'Ospedale (Faubourg Saint-Antoine 182).

* * *

Presso la Facoltà medica di Erlangen sarà dato un corso di perfezionamento per medici pratici dal 26 ottobre al 3 novembre. Informazioni e programmi presso la Policlinica Universitaria.

I prezzi di vendita dei preparati chinacei dello Stato.

La « Gazz. Uff. » ha pubblicato un decreto ministeriale con cui i prezzi di vendita dei preparati chinacei dello Stato sono modificati con effetto dal 1° ottobre. Vengono portate sensibili riduzioni per la vendita al pubblico e ad enti pubblici dei seguenti prodotti: disolfato, idroclorato e bicloridrato di chinina in tubetti (compresse, confetti).

I problemi del latte alimentare.

Sono stati presi in esame ad un Congresso nazionale tenuto a Bari il 15 settembre in occasione della Mostra coloniale e ad un convegno interprovinciale tenuto a Mantova il 29 settembre in occasione della Mostra dell'alimentazione. Sono stati presieduti rispettivamente dall'on. Acerbo e dall'on. Serpieri.

Comitato centrale dell'oppio.

Ha tenuto la sua 10ª adunanza trimestrale a Ginevra, dal 10 al 20 agosto, sotto la presidenza di Lyall, il Comitato centrale permanente dell'oppio e altre droghe nocive, di recente istituito. Ha preso in esame il problema degli stupefacenti in Turchia: risulta che durante il 1930 e il primo trimestre del 1931, venne alimentato su larga scala il traffico illecito; ma che il Governo turco ha documentato il proposito deciso di adottare efficaci e rigorose misure di repressione.

Donazioni e lasciti.

L'Ufficio Stampa del Partito Nazionale Fascista comunica:

Il Segretario del Partito ha ricevuto il camerata Guido Sollazzo, R. Console, il quale gli ha fatto consegna di lire ventimila, devolute per testamento dalla signora Ada Cabetti Urbini, deceduta in Roma il 24 giugno scorso, a favore delle Colonie marine per bimbi predisposti alla tisi.

Per gli ospedali di Parigi.

Il Consiglio municipale di Parigi ha stanziato, quale somma limite, 600 milioni di franchi per opere di costruzione, ricostruzione, riattamento, rimodernamento di istituti ospedalieri, montaggio di laboratori e creazione di nuovi servizí ospedalieri.

Di essi, 147.300.000 di franchi sono destinati a completare sei ospedali in via di costruzione.

La « città luce » intende, per tal modo, con-

quistare uno dei primi posti nell'agone dell'assistenza sanitaria. Il fatto è tanto più significativo, in quanto anche la Francia attraversa una crisi economica.

Per la città universitaria di Madrid.

È in via di costruzione la grandiosa città universitaria, di cui abbiamo già dato notizia, destinata ai goliardi di tutte le Facoltà e Scuole universitarie di Madrid; uno speciale settore è riservato alla Facoltà di Medicina e alle Scuole di Farmacia, Odontologia e per Infermiere. La spesa era preventivata in circa 80 milioni di lire it. Hanno ora deciso di concorrere alla istituzione l'Argentina, l'Uruguay, il Perù, il Cile e Cuba, ossia buona parte dell'America a idioma spagnolo; ciò ne permetterà uno sviluppo ancora maggiore.

Laboratorio ospedaliero a Madrid.

Si è inaugurato a Madrid, nell'Ospedale Provinciale, un padiglione destinato esclusivamente ad uso di laboratorio. Risulta di tre piani, con numerose sale di lavoro; le installazioni sono perfette. Il costo si è elevato a 850.000 pesetas.

L'edizione del testamento spirituale del comandante della III armata.

È noto che S. A. R. la Duchessa d'Aosta Madre ha affidato alla Croce Rossa Italiana l'edizione-ricordo del Testamento Spirituale del Suo Augusto Compagno, il Comandante dell'eroica invitta III Armata.

L'edizione, il cui bozzetto ha avuto anche l'alta approvazione del Duce, esce in questi giorni, in veste artistica che lo rende un piccolo capolavoro di buon gusto e di signorile eleganza, a cura dell'Istituto di Arti Grafiche di Bergamo.

Essa, oltrechè a beneficio della Croce Rossa Italiana, va anche a beneficio dell'Opera Nazionale di Assistenza all'Italia Redenta, che dalla Duchessa d'Aosta fu fondata dopo la Vittoria delle armi nostre, e il cui programma e la cui azione sono limpidamente riflessi nella sua stessa denominazione.

Inviare il tenue importo alla Sede del Comitato Centrale della Croce Rossa Italiana, Roma, via Toscana 12, che con la massima sollecita cura, provvederà a spedirla.

In onore di Ross.

Il 20 agosto venne festeggiata a Londra la scoperta del compito delle zanzare nella trasmissione della malaria.

Nell'Istituto Ross si tenne un banchetto alla maniera indù. Vi parteciparono il prof. Welch, in rappresentanza degli Stati Uniti, il prof. Castellani e varie personalità. Gli onori di casa erano fatti dai coniugi Ross.

In onore del dott. Comenale.

È stato celebrato, con solenne cerimonia, il cinquantennio di laurea del dott. comm. Carlo Comenale, uno dei maggiori esponenti della classe medica italiana nel Brasile. Laureatosi a Napoli, ha percorso quasi tutta la sua carriera all'Ospedale Italiano di San Paolo, ove è ora consulente emerito; è apprezzato consigliere e collaboratore del conte Matarazzo, la cui munificenza ha creato il centro medico italiano di San Paolo, ove l'Ospedale è fiancheggiato dalle due magnifiche Case di Salute Francesco Matarazzo ed Ermellino Matarazzo.

Nell'occasione, sono state offerte al Comenale una pergamena e un bronzo artistico; in suo onore si è anche tenuto un banchetto, al quale hanno partecipato le autorità locali.

In onore di due italiani a Buenos Ayres.

Rileviamo dai giornali argentini che, il 4 settembre, l'Accademia Nazionale di Medicina di quella città tenne una seduta speciale in onore dei proff. Mario Donati e Arturo Castiglione. V'intervennero l'ambasciatore d'Italia, conte Murano di Custoza, il decano della Facoltà medica, prof. Carlor Bonorino Udaondo, il presidente dell'Istituto Argentino di Cultura Italica, dott. Armando Marotta, e molte spiccate personalità.

I due ospiti furono presentati dal dott. Faustino J. Trongé. Il prof. Donati trattò il tema « Indicazioni e tecnica degl'interventi sulle vie biliari »; il prof. Castiglioni dissertò su « L'università e il rinascimento delle scienze ».

Onoranze al dott. Figoli.

Con solenne cerimonia, abbinata con quella per l'insediamento del nuovo Podestà, venne esaltata a Ceprano l'opera del dott. Fausto Torquato Figoli.

Il nuovo Podestà avv. Antonio Maiuri, rilevò le benemerenze del Figoli, che nel corso di 42 anni si è guadagnato la stima e la riconoscenza della popolazione. Questa ha voluto dargliene varie attestazioni: ebbe già a nominarlo cittadino onorario e ora gli ha offerto una medaglia d'oro ed un'artistica pergamena. Parlarono anche: l'avv. Vincenzo Franchetti, della direzione del P. N. F., che effettuò la consegna della medaglia; il Prefetto, on. Randone; il segretario federale, Carlo Bergamaschi, anima del fascismo locale.

Limiti d'età.

Abbandonano l'insegnamento per gl'inesorabili limiti d'età due illustri Maestri: il prof. Eugenio Tanzi, dell'Università di Firenze, e il prof. Pietro Canalis, dell'Università di Genova. A sostituirli sono stati chiamati i proff. Mario Zalla da Messina e Luigi Piras da Parma.

Il giubileo della Wassermann.

È stato celebrato solennemente a Berlino, nei locali della « Kaiser Wilhelm Gesellschaft », Società tedesca per il progresso delle scienze, il 25° anniversario della scoperta della reazione di Wassermann. Il prof. F. Plaut lesse una conferenza sulle basi teoriche della reazione.

Odontoiatri americani in Italia.

Un gruppo di odontoiatri degli Stati Uniti, dopo aver partecipato al Congresso dentistico internazionale adunatosi a Parigi, ha compiuto un viaggio in Italia, sotto gli auspici del sig. Leo Rasetti, che appartiene all'« American Express Co. ».

A Roma venne visitato lo « Eastmann Dental Institute », ove gli ospiti sono stati ricevuti dal prof. Amedeo Perna. Hanno espresso la loro ammirazione per i progressi realizzati in Italia, sotto la guida di S. E. Mussolini.

I medici musicisti italiani.

Demmo, a suo tempo, notizia che nello scorso luglio si è costituita a Milano, presso l'Ufficio

della Stampa Medica Italiana (via Porpora 15), un'« Associazione Medica Musicisti Italiani ». Se n'è ora pubblicato lo statuto. L'Associazione ha scopi culturali e benefici; i soci si distinguono in: ordinari, sostenitori, aderenti ed onorari. Il Consiglio direttivo è risultato così costituito: presidente G. Sigurini; vice-presidente C. Sacconaghi; segretario N. Bennati; cassiere G. Zamorani; consiglieri G. Antonini, F. Cavezzali (direttore artistico), G. L. Colombo. Presidente onorario è stato eletto per acclamazione il prof. Prassitele Piccinini.

Coro medico di Parigi.

Sotto multipli ed eminenti patronati, si è costituita a Parigi una « Association Chorale Médicale et Para-Médicale », che si propone di aggruppare amichevolmente gli elementi corali (voci d'uomo e voci di donna) dell'ambiente medico e para-medico, con scopi di cultura musicale superiore. Sono stabiliti più tipi di soci: attivi, aderenti, onorari e donatori. Per essere soci attivi, occorre possedere un minimo di voce e la conoscenza del solfeggio; l'annata di esercizio va dal 1° novembre al 1° luglio; le ripetizioni hanno luogo una volta per settimana; la quota annuale per i soci attivi è di soli 12 franchi l'anno. Segretario generale è il Dr. Guébel (rue Pasquier 2, Parigi VIII).

Medici danesi che riducono gli onorari.

Il dott. Blegrad, presidente dell'Associazione degli specialisti per le malattie delle vie respiratorie, ha annunziato nel « Tagens Nyeter » che i colleghi hanno deciso di ridurre i loro onorari per la clientela più bisognosa, in considerazione della crisi economica.

Esercizio abusivo.

Il Comando dei Carabinieri di Napoli ha elevato denunzia a piede libero contro uno studente di medicina, Vito Polito, da Lecce, di anni 29, per truffa, abuso di titolo ed esercizio abusivo della professione medica.

* * *

Il Tribunale di Milano (X Sezione Penale), confermando una sentenza in primo grado, ha condannato il meccanico dentista Guido Mariani a 500 lire di multa, danni e spese, per esercizio abusivo dell'odontoiatria.

Infortuni di sanitari.

Per un incidente automobilistico è rimasto gravemente ferito il dott. Palacios Olmedo, di Madrid; il figlio José ha perduto la vita.

Azione giudiziaria per lo sfruttamento di una casa di salute.

Il dott. Drouin, uno dei più reputati urologi, si associava al dott. Papin, per condurre una casa di salute, di cui egli è proprietario a La Rochelle. Per qualche tempo l'associazione prosperò; ma poi sorsero divergenze e malintesi. A un certo punto il dott. Papin licenziò la direttrice, sig.na Bourgalière, di cui il dott. Drouin si dichiarava soddisfatto: da ciò due processi contro il dott. Papin. L'azione giudiziaria è giunta in Corte d'Appello. Questa ha deciso che la direttrice venga reintegrata, che il dott. Papin resti in funzione sino al 31 dicembre 1931 e che l'associazione sia sciolta a partire da quest'epoca, senza che al Papin competa alcun indennizzo. (Il Tribunale di Commercio invece gli aveva accordato 140.000 franchi d'indennizzo e aveva ammesso la soluzione immediata del contratto).

La dengue in Grecia.

Nell'isola di Syra sono comparsi casi endemici di dengue, diagnosticati dal personale tecnico del Ministero dell'Igiene; si hanno forme gravi. L'isola è stata posta in rigorosa contumacia.

Per i danneggiati dalle inondazioni in Cina.

La Croce Rossa Americana ha devoluto 100.000 dollari — ossia circa 2 milioni di lire it. — per contribuire ai soccorsi delle vittime dell'inondazione di Han-Kow. La somma è stata rimessa al Console americano di Han-Kow.

Traffico illecito di cocaina.

In rapporto al contrabbando di cocaina di cui abbiamo già dato notizia, sono state denunziate all'autorità giudiziaria altre sette farmacie di Milano, le quali avrebbero spedito ricette di un medico, prescriventi dosi di cocaina superiori al consentito: ricette rilasciate per lucro.

La morte dell'individuo che aveva cambiato sesso.

Alcun tempo fa, il pittore danese Einar Wegener aveva sposato una collega, ma il matrimonio non fu felice. Consultati inutilmente parecchi medici, il prof. Warnekross, di Dresda, riconobbe trattarsi di un caso di mascolinismo apparente ed intervenne chirurgicamente, trasformando il Wegener in una donna che, dalle fotografie, appare molto graziosa. Nella stessa clinica dove il soggetto fu operato, ora questi è morto, a distanza di mezzo anno dall'intervento.

È morto improvvisamente a Napoli il dott. ATTILIO CURCIO, direttore dell'Istituto Ortopedico Ravaschieri, carica alla quale era stato chiamato dalla illuminata fiducia della contessa Ravaschieri Fieschi. Aveva anche fondato l'Ospizio Marino di Bagnoli, presso Napoli, utile complemento dell'Istituto.

Da poco il figlio Augusto aveva conseguito la laurea in medicina; gli esprimiamo il nostro cordoglio per la luttuosa perdita. A. P.

È morto a 60 anni, in Cambridge, il prof. WALTER ERNEST DIXON, direttore dell'Istituto di materia medica e farmacologia di quella Università, autore d'importanti studi sull'azione dell'istamina, della tiramina, dell'apocodeina, dei corpi digitalici e sulla fisiofarmacologia dei muscoli bronchiali. Ha pubblicato un « Manuale di Farmacologia » ed ha collaborato in altri trattati. Ha coperto importanti cariche.

B.

È morto il dott. ARISTIDE AGRAMONTE, di Cuba, unico sopravvivente della Commissione americana che comprovò l'ipotesi di Finlay sulla trasmissione della febbre gialla per mezzo di zanzare. Gli Stati Uniti avevano conferito una medaglia d'oro e assegnato una pensione all'illustre medico.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journ. Méd. Franç., mag. — Numero sull'emoterapia e la trasfusione.

Bull. Ac. de Méd., 30 giu. — A. ZIMMERN. Accidenti da elettricità a bassa tens. — J. LECLERCQ. Diagn. di antracosi e silicosi pulmon.

Arch. Mal. d. Reins ecc. giu. — A. HOVELACQUE. Le vescicole seminali e la loro loggia.

Revue de Chir., mag. — ROCHER e RONDIL. Malformazioni sacro-coccigee. — BONNET e CARCASSONNE. Falangizzazione del primo metacarpo.

Zbl. f. Chir., 11 lug. — O. GOETZE. Il carcinoma del retto: estirpaz.

Acta Radiologica, Suppl. I. — E. G. E. BERVEN. Tumori maligni delle tonsille.

Prensa Méd. Argent., 10 giu. — A. RAIMONDI e al. Danza ilare. — A. H. ROFFO. Terreno rachitico e sviluppo dei tumori.

Wien. Klin. Woch., 10 lug. — Numero sulle indicazioni neuro-psichiatriche all'interruz. della gravid.

Deut. Med. Woch., 10 lug. — FAHR. Basi morfologiche dell'insufficienza cardiaca. — HELLFORS. Prova funzion. dei reni.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., lug. — H. ROGER. Sciatica. — M. OSNATO. Malattie mentali e delinquenza negli adolescenti.

Journ. A. M. A., 4 lug. — J. E. WALKER. Azioni germicide e terapeutiche dei saponi. — T. H. MILLER. Sifilide arsenobenzolo-resistente.

Revue Neurol., giu. — G. MARINESCO e al. Isterismo e riflessi condizionali.

Arch. Roum. Path. expér. ecc., 4. — C. POPESCO-COMBIESCO. Compito delle piastrine nell'immunità. — P. CONDREA. Proprietà antigene di Ceppi S e R del tetano.

Arch. Méd.-Chir. App. Resp., 1. — D. DANIELOPOLU. Patogenesi dell'asma.

Acta Medica Scand., I-II. — A. LICHTENSTEIN. Immunità nell'influenza epidemica. — G. GYLLENWÄRD. Profilassi della varicella.

Amer. Journ. Med. Sc., lug. — F. A. MILLER. Il cuore della vecchiaia. — H. KOSTER e I. E. GERBER. Litiasi intraepatica.

Sang. 4. — J. V. GROST e al. Glicemia e sforzo. — A. WUYTS. Megacariociti.

Mediz. Welt, 18 lug. — Numero di radiologia.

Wien. Klin. Woch., 17 lug. — H. ZACHERL. Insegnare e apprendere in ginecologia.

Lancet, 18 lug. — B. PATTERSON. Sinusite mascellare latente.

Münch. Med. Woch., 17 lug. — KLIMMER. Trasmissione della tbc. aviaria all'uomo.

Morgagni, 12 lug. — G. PERROTTI. Rigeneraz. del pancreas.

Presse Méd., 15 lug. — G. ZIMMERN e al. Irradiazione della regione surrenale nelle gangrene secche.

Riv. It. Gin., mag. — E. GILARDINO. L'eterogeneità costituzion. dei coniugi quale fattore di sterilità. — G. MORONI. I plessi coroidei nella gravidanza.

Surg., Gyn. a. Obst., lug. — E. S. J. KING. Endometriosi dell'ovaio. — G. DE TAKATS. Legatura della coda del pancreas nel diabete giovanile. — E. C. MASON e C. W. LEMON. Auto-intossicaz. e shock.

Arch. It. di Anat. e Ist. Pat., mag.-giu. — E. RAVENNA. Appendicite e mesosigmoidite. — C. TEDESCHI. Pancreas aberranti. — I. GEDDA. Carcinosi osteoplastica. — G. MÜLLER. Endocarditi tbc.

Giorn. di Batteriol. e Immunol., giu. — Numero sugli equilibri delle difese immunitarie.

Journ. d. Prat., 18 lug. — H. BORDIER. Trattam. della paralisi infant.

Pathologica, 15 lug. — N. CUCINELLA. L'aorta senile. — G. MILESI. Influenza dei raggi X sulla formaz. del callo osseo.

Paris Méd., 18 lug. — Numero sulla chirurgia infantile e sulla chirurgia ortopedica.

Nutrition, 4. — Numero sulle cure che agiscono sulla cistifellea.

Assistenza Soc., giu. — R. FEDERICI. Malaria-infortunio. — G. PUNSO. Interpretaz. med.-legale delle psiconeurosi da infortunio.

Arch. di Ortop., 30 giu. — A. PEZCOLLER. Fratture e lussazioni del bacino. — G. POZZI. Lesioni dell'articolaz. del ginocchio da sci. — A. VIGANÒ. Insufficienza delle ossa metatarsali.

Jornal dos Clinicos, 30 giu. — G. SIMONELLI. Fisiologia respiratoria e medicina.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 lug. — Numero di oto-laringologia.

Münch. Med. Woch., 24 lug. — HUSTER e al. Difterite.

Med. Welt, 25 lug. — Numero di pediatria.

Zeitsch. f. Tuberk., lug. — H. VOS. Monocitosi nella tbc. — A. LOEWY e W. GRÜNINGER. Azione sperimentale del vigantolo sulla tbc. — D. MEERSON. Pressione pneumotoracica ottima.

Deut. Med. Woch., 24 giu. — H. V. BAUS e G. GROSEURTH. Esame funzionale del cuore.

Rif. Med., 13 lug. — M. BUFANO. Ipertonia e ipercinesia neurogena della cistifellea.

Bull. Méd., 25 lug. — Numero di dermatologia.

Med. Klinik, 24 lug. — P. ROSENSTEIN e H. KÖHLER. Lotta contro il carcinoma.

Brit. Med. Journ., 25 lug. — W. J. ADIE. Segno di Argyll-Robertson vero e falso.

Proc. R. Soc. Med., lug. — Discussione sulla dieta ricca in idrocarbonati nel trattam. del diabete.

Diagnostica e Tecn. di Lab., 25 giu. — R. A. KILDUFFE. Sierologia della sifilide congenita.

Rev. Méd. de Barcelona, giu. — J. CUANTRECASAS e A. GÓMEZ MARCANO. Discrasia ossalemica.

Journ. Méd. Franç., giu. — Numero sulla tbc.

Paris Méd., 25 lug. — TIFFENAU. Ormoni sintetici.

Ann. It. di Chir., 31 lug. — F. PAOLUCCI. Il sistema r.-e. nell'organizzazione del trombo. — E. FIORINI. Lesioni dell'appendice difficilmente diagnosticabili.

Cl. Med. It., lug. — G. BORSALINO. Tbc. dei minatori. — A. FRATES e E. BOSSI. Reaz. di Kahn.

Radiol. Med., ag. — M. MAINO. Prognosi radiologica della tbc. polm. — A. SANTORO. Radiumterapia del cancro della mammella.

Riv. San Sicil., 15 lug. — G. SANNA. Forme atipiche di retinite pigmentosa.

Edinb. Med. Journ., ag. — J. H. P. PATON. Stati catarrali e dieta.

Amer. Med., lug. — A. J. RONGY. Aborto e limitazione delle nascite. — J. F. MONTAGNE. Nevralgia nelle malattie rettali.

Journal A. M. A., 18 lug. — U. K. MILLER. Quattro tipi di encefalite. — N. GUNN e N. J. HOWARD. Granuloma amebico del colon.

Practitioner, ag. — R. WARREN, H. N. BARNETT. Mastoidite. — T. STACKEY WILSON. Enterospasmo.

Ann. Inst. Pasteur, lug. — A. ASCOLI e al. Sul B C G.
Med. Ibera, 1 ag. — A. OLIER e J. BRAVO. Morbo di Kümmel come infortunio sul lavoro.
Riv. di Cl. Red., ag. — P. SIVELLI. Nistagmo congenito in gemelli. — D. CORDA. Rachitismo malarico.
Paris Méd., 1 ag. — Numero sulle malattie del sangue.
Journ. Med. Ass. South. Afr., 11 lug. — H. S. SWELLENGREBEL. La malaria nell'Unione sud-africana.
Acta Med. Scand., III. — A. HECHT JAHANSEN. Meningite sierosa e mononucleosi infettiva. — E. FORSGREN. Funzione epatica, eliminaz. di urina e prova dell'acqua. — *Id.*, Suppl. 28°. E. LUNDBERG e S. THYSELINS-LUNDBERG. Equilibrio di secrezioni interne.
Giorn. di Batteriol. e Immunol., lug. — C. MANZINI. Diagn. rapida da difterite. — A. MIROLLI. Stafilococchi della cute dell'operando.
Stomatologia, lug. — P. VARELA. Proteinoterapia nella stomatologia.
Quarterly Journ. of Med., lug. — C. J. MCSWEENEY. Variola minor. — E. J. SPRIGGS. Disturbi funzionali del colon. — C. L. COPE. Creatininuria.
Riv. Oto-Neuro-Oftalm., mag.-giu. — BOMBELLI. Alterazioni renali e funzioni genitali. — MARSIGLI. Paralisi postdifterica multipla.
Arch. di Pat. e Cl. Med., lug. — M. RIGONI. L'uomo e le stagioni.
Riforma Med., 27 lug. — V. SACCO. Pericoli dell'acridinoterapia.
Amer. Journ. Obst. a. Gyn., lug.
Münch. Med. Woch., 7 ag. — SOMMERFELD e KIRCHNER. Natura ondulatoria della materia. — HORST e al. Studi di fisiol. sessuale.

Indice alfabetico per materie.

V. ASCOLI †, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII Roma, 19 Ottobre 1931 - IX Num. 42

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

RR. SPEDALI RIUNITI DI LIVORNO.

REPARTO MEDICO diretto dal prof. M. TINTI.

La ricerca del parassita malarico col metodo dell'arricchimento.

Dott. DANTE GALLETTI, assistente.

È noto come la ricerca del parassita malarico richieda talvolta lunghi e pazienti esami microscopici per la relativa scarsezza del plasmodio nel sangue circolante. Credo perciò non inutile la pubblicazione di questa nota tecnica, nella quale espongo un procedimento assai semplice e pratico per l'arricchimento del parassita malarico circolante nel sangue, procedimento che è poi quello stesso consigliato dal Villa (1) per l'arricchimento degli elementi morfologici del sangue ed al quale io sono ricorso nell'ipotesi che le emazie parassitate si comportassero nello stesso modo dei globuli bianchi, ipotesi che l'esperienza ha dimostrato vera.

In una comune provetta da centrifuga si pongono pochi cristallini di ossalato di potassio (neutro) e quindi del sangue (10 cc. circa) estratto dalla vena mediana del gomito con la tecnica consueta. Agitata ripetutamente la provetta in modo che l'ossalato si disciolga e impedisca la coagulazione del sangue, si procede alla lenta centrifugazione (10-15 minuti; 500 giri al minuto) e quindi si aspira con carta bibula il siero di sangue che si è separato nella parte superiore, lasciandone solo quella piccola quantità che praticamente non è possibile asportare senza asportare anche i più superficiali degli elementi del sangue, che sono quelli che più a noi interessano.

È appunto nella parte più superficiale del centrifugato, infatti, dove, insieme con la massima parte dei globuli bianchi, si possono riscontrare più fitte le forme malariche. È opportuno perciò prelevare con una pipetta capillare tipo Pasteur delle piccole porzioni di quella cuticola superficiale biancastra che si

(1) VILLA. Archivio Pat. Clin. Med., 1927-6.

è formata sul centrifugato: piccole porzioni di tale cuticola salgono nella parte estrema della pipetta per un breve tratto per la sola forza di capillarità, per cui non è necessaria la aspirazione che renderebbe più difficoltoso il prelevamento. Insieme con gli elementi del sangue sale necessariamente nel capillare anche una certa quantità di siero che non disturba nella ricerca e anzi è utile all'esecuzione dello striscio. Alcune piccole gocce così prelevate si depositano insieme su un vetrino portaoggetti ove con un'ansa o con la pipetta stessa si stemperano in modo da ottenere una miscela omogenea di siero e di elementi del sangue, tale che si avvicini molto per densità a quella del sangue stesso (2). Quindi si eseguiscono degli strisci su vetri portaoggetti che si colorano poi col metodo May-Grünwald-Giemsa.

Purchè la miscela elementi del sangue-siero sia ben fatta, tanto lo striscio quanto la colorazione danno dei risultati ottimi del tutto paragonabili a quelli ottenuti ordinariamente col sangue. Tanto gli elementi normali quanto gli elementi patologici e in particolare gli eventuali parassiti malarici nulla perdono dei loro caratteri morfologici strutturali e tintoriali.

Una prima grossolana occhiata microscopica al preparato così eseguito può dirci se la tecnica è stata corretta poichè, procedendo in modo del tutto parallelo l'arricchimento degli elementi bianchi del sangue e dei parassiti malarici, se il preparato sarà ben riuscito dovremo subito notare un cospicuo aumento (naturalmente relativo) dei globuli bianchi, in confronto degli strisci fatti con sangue non centrifugato. Se l'aumento relativo dei globuli bianchi non si è ottenuto vuol dire che il prelevamento è stato fatto male nel senso che, affondando troppo la pipetta, non si è asportata la porzione più superficiale del centrifugato ma lo strato sottostante.

Nel caso a cui si riferisce la microfotografia che qui riporto, mentre negli strisci normali di confronto ho potuto contare 2,2 forme parassitarie ogni 100 campi microscopici, negli strisci con arricchimento ho contato in media 139 forme parassitarie ogni 100 campi, quindi assai più di un parassita per campo in media: in alcuni campi fino 6-8 parassiti e più. Ho ottenuto quindi col mio processo di arricchimento un aumento della « densità » delle forme malariche nella proporzione di 1 a 66 circa.

È degna di rilievo l'osservazione che questo procedimento di arricchimento dà buoni risultati in qualsiasi stadio evolutivo della forma parassitaria, per cui, se si preleva il sangue durante l'accesso febbrile, si nota l'aumento della densità dei parassiti sia per quello che riguarda le grosse forme di schizonti prossimi alla frammentazione, sia per quello che riguarda i merozoiti liberi e i globuli rossi nei quali il piccolo merozoite è appena penetrato.

Dovendosi interpretare il meccanismo dell'arricchimento come una diminuzione di peso specifico del globulo rosso parassitato, è assai interessante documentare come la semplice penetrazione di un elemento parassitario così piccolo come un merozoite sia sufficiente ad alterare il peso specifico del globulo rosso.

(2) È assai importante che la diluizione degli elementi nel siero non sia eccessiva onde evitare l'essiccamento tardivo dello striscio e quindi l'impilamento degli elementi stessi che poi si colorirebbero malissimo col metodo May-Grünwald-Giemsa.

*
* *

Sul classico metodo della grossa goccia di Ross questo procedimento ha il vantaggio di non alterare i caratteri morfologici, strutturali e tintoriali sia degli elementi del sangue che delle forme parassitarie. Col metodo di Ross infatti, l'inevitabile impilamento dei globuli rossi determina la deformazione di tutti gli elementi del sangue, quindi anche delle forme parassitarie in esso contenute; il campo microscopico è opaco e pieno di detriti e per di più la colorazione con i metodi derivati dal Romanowsky dà risultati poco incoraggianti e per nulla confrontabili con quelli ottenuti su strisci normali di sangue, o col procedimento da me proposto.

RIASSUNTO.

L'A. propone per la ricerca nel sangue del parassita malarico un metodo di arricchimento che si basa sulla centrifugazione del sangue stesso, reso incoagulabile per mezzo di una minima quantità di ossalato di potassio; espone gli ottimi risultati ottenuti: aumento della « densità » del parassita negli strisci in una proporzione variabile intorno a 66:1.

NOTE E CONTRIBUTI.

Divisione Chirurgica dell'Ospedale Umberto I del Circolo di Monza
diretta dal prof. A. CIMINATA

Sull'uso della garza emostatica "Stryphnon„ in chirurgia.

Prof. A. CIMINATA, chirurgo primario

Da più di un anno si fa uso nella mia divisione chirurgica della garza emostatica « Stryphnon ». I risultati ottenuti sono stati soddisfacenti e meritano di essere conosciuti affinchè nella pratica chirurgica questa sostanza trovi più larga applicazione come mezzo emostatico per le emorragie operatorie.

Accenno brevemente all'origine e all'azione farmacologica dello « Stryphnon ».

Stolz, al quale dobbiamo la preparazione sintetica dell'adrenalina (1904), trovò un amminochetone dalla cui riduzione ottenne l'adrenalina. Questo chetone che lo scopritore chiamò: « Metilaminoazetobrenzkatechin » e che rappresenta l'ultimo gradino nella sintesi chimica dell'adrenalina, fu studiato dal punto di vista fisiologico e farmacologico, dal noto biologo Hans H. Mayer e da Löwi. È una polvere bianca, che si conserva per lungo tempo allo stato puro, ben solubile in acqua, difficilmente solubile in alcool. La soluzione non si altera all'ebollizione, nè se lasciata per lungo tempo, subisce modificazioni chimiche o farmacologiche. Applicata sopra una superficie mucosa o sopra una ferita non provoca dolore nè suscita reazione infiammatoria. Iniettata per via endovenosa provoca costrizione dei piccoli vasi, aumento della pressione sanguigna, aumento e rinforzo del battito cardiaco, respirazione periodica, dilatazione pupillare e notevole glicosuria.

Queste azioni fisiologiche sono comuni con quelle dell'adrenalina. Però il chetone si differenzia dall'adrenalina per il fatto che esplica un'azione tossica di minore intensità e una azione vaso-costrittrice più debole, ma molto più prolungata. Queste particolari proprietà farmacologiche, insieme alla proprietà chimica molto importante della resistenza alla luce, al calore, all'ebollizione (mentre l'adrenalina, come è noto, si altera rapidamente alla luce, all'aria, al calore e al contatto di ambiente alcalino modificando di conseguenza le sue proprietà farmacologiche) indussero H. H. Mayer a raccomandare questo speciale chetone nella pratica chirurgica.

Albrecht per primo lo introdusse in chirurgia chiamandolo « Stryphnon » e facendo sopratutto rilevare come in pratica l'applicazione locale di adrenalina avesse l'inconveniente delle emorragie secondarie attribuite alla facile alterazione dell'adrenalina in contatto di un ambiente alcalino quale è quello del sangue, alterazione che, invece, non subirebbe lo Stryphnon.

L'autore iniziò la sua esperienza adoperando come veicolo del chetone la cenere di osso. Ottenne così una polvere che oltre ad essere riassorbibile, possedeva la proprietà di essere sterilizzata senza subire alterazioni. Essa portata a contatto di una superficie sanguinante del fegato, della milza o delle ossa, esercitava una pronta emostasi. Successivamente in luogo di questa polvere, Albrecht fece preparare della garza imbevuta di « Stryphnon », che, previa sterilizzazione, egli adoperò durante le operazioni per tamponare e frenare l'emorragia capillare e parenchimatosa. Ed è appunto dell'uso di questa speciale garza emostatica che io intendo qui parlare, riferendo i risultati della mia esperienza.

Operazioni sul cranio. — Nelle trapanazioni del cranio, l'uso della garza emostatica non dà alcuna emostasi per l'emorragia del tavolato osseo, ma per l'emorragia che proviene dalla dura, una modica pressione con garza emostatica basta a frenarla immediatamente. Il colore della dura madre si fa un po' bruno.

Operazione al collo. — Abbiamo tamponato con garza emostatica il fondo della ferita dopo l'estirpazione del gozzo ed abbiamo osservato oltre il cessare dell'emorragia, un cambiamento di colore della ferita stessa la quale diventa bruno-grigiastra. Dopo qualche minuto la ferita riprende a sanguinare, ma riesce più agevole individuare — grazie alla nettezza del campo operatorio che ne risulta — i vasi sanguinanti e facilmente allacciarli. Anche l'emorragia della parete tracheale dopo l'asportazione del gozzo, può essere facilmente dominata con l'applicazione della garza emostatica.

Uguale osservazione abbiamo fatto durante l'operazione per estirpazione di grossi linfomi della regione carotidea o sotto-mascellare là dove, appunto frenando l'emorragia capillare, si acquista maggiore visibilità del campo operatorio e si rendono più reperibili i vasi sanguinanti.

Inoltre l'abbiamo trovata utile nell'operazione di frenicoexeresi, durante la quale ischemizzando il campo operativo si riesce con maggior facilità a vedere il nervo frenico.

Operazioni nella bocca. — Per l'emorragia che deriva da incisioni nella mucosa boccale e dall'alveolo dentario, ho trovato di utilità il tamponamento con garza emostatica.

Operazioni sul fegato. — Allorquando per gravi alterazioni della cistifellea, non è possibile eseguire la colecistectomia sottosierosa, ma si è costretti a staccare la cistifellea dal fegato, rimane una superficie che, col suo gemizio continuo di sangue, impedisce la visibilità del campo operatorio. Tamponando con garza emostatica e lasciando in sito il tampone si possono continuare gli altri tempi operatori senza essere disturbati dall'emorragia epatica. Togliendo il tampone abbiamo visto la superficie epatica di colore bruno-grigiastro e di aspetto asciutto. Inoltre nelle ferite del fegato il tamponamento con garza emostatica facilita l'applicazione dei punti che si passano attraverso il parenchima epatico per far combaciare le superficie sanguinanti. Anche recentemente impiegando questa garza, abbiamo visto frenarsi un emorragia proveniente dal letto di una ferita a cuneo eseguita nel parenchima epatico a scopo di biopsia, nel corso di un'operazione di Talma per ascite.

Operazioni per appendicite gangrenata. — È noto come nei casi di appendicite gangrenata in cui l'appendice abbia perduto le sue caratteristiche anatomiche assumendo quelle di una massa informe di tessuto necrotico in mezzo ad aderenze recenti e antiche, non sia possibile legare tipicamente l'arteria appendicolare. In questi casi — come abbiamo potuto constatare nei molti da noi operati — l'appendice necrotica deve essere staccata per via ottusa dal tessuto infiammatorio peritiflitico senza che si possa effettuare un'emostasi preventiva. Con tale manovra si provoca necessariamente un'emorragia la quale non si può dominare mediante pinze emostatiche perchè non hanno presa sopra un tessuto infiammatorio. La visibilità del campo operatorio risulta quindi impedita. Abbiamo tamponato sempre con garza « Stryphnon » e ce ne siamo trovati molto soddisfatti in quanto che, essendo pulito il campo operatorio, abbiamo potuto portare a compimento l'asportazione di tutta l'appendice gangrenata. Inoltre abbiamo zaffato in simili casi il fondo del campo operativo con garza emostatica ed abbiamo lasciato lo zaffo per parecchi giorni. Rimuovendolo non abbiamo osservato alcuna emorragia secondaria nè alcun disturbo nel processo di guarigione della ferita operatoria.

Tale procedimento di tecnica di cui noi abbiamo già esperienza di parecchie diecine di casi, è utile anche per impedire l'estendersi del processo infiammatorio, poichè giova considerare, che lo stravaso sanguigno in un territorio settico come la zona appendicolare, contribuisce ad accrescere il pericolo della diffusione del processo peritonitico.

Operazioni ginecologiche. — Abbiamo usato la garza « Stryphnon » per frenare l'emorragia proveniente dall'estirpazione di tumori annessiali infiammatori tenacemente aderenti, e sempre con ottimi risultati. Dopo qualche minuto di compressione si acquista maggiore visibilità del campo operatorio e si riesce più facilmente a individuare e a legare i vasi sanguinanti. Naturalmente anche in questi casi l'azione emostatica si svolge sui vasi capillari del tessuto infiammatorio provocandone l'emostasi. In un caso di un grosso cistoma ovarico che raggiungeva il fegato ed era aderente al peritoneo addominale posteriore e al colon, si ebbe dopo l'estirpazione del tumore, un'emorragia che diventò considerevole a causa dell'estensione della superficie su cui esso si appoggiava. Oltre all'applicazione della garza emostatica, ho stimato opportuno irrorare la superficie sanguinante con la soluzione commerciale di Stryphnon. Si ebbe un'immediata ischemia di tutta la zona. Il liquido ha necessariamente bagnato anche la superficie peritoneale dell'intestino tenue e del colon. Non si notò alcuna emorragia secondaria e l'ammalata guarì per prima intenzione. Infine abbiamo visto pro-

dursi l'emostasi applicando la garza emostatica sulla superficie sanguinante di tumori allorquando siamo stati costretti ad incidere sulla massa tumorale.

Secondo la nostra esperienza dunque, la garza emostatica Stryphnon si è dimostrata di grande utilità. La sua azione vasale più prolungata di quella dell'adrenalina, consente che si consolidi il trombo vasale e quindi diminuisce il pericolo delle emorragie secondarie.

Giova ricordare anche che il preparato Stryphnon, non soltanto è stato largamente usato sotto forma di garza per emostasi in chirurgia generale, (Albrecht, H. H. Mayer, Pettavel, Sorgensen, Amreich, Steind) in chirurgia otorinolaringoiatrica per le operazioni di tonsillectomia, di polipi nasali ecc., (Frey, Hofer) e nella odontoiatria (König, Wolf, Politzer, Hofer, Dub, Stephanider) ma è stato anche adoperato sotto forma di soluzione acquosa in urologia, per lavare copiosamente la vescica sanguinante e l'uretra. (Hankowski) e pure recentemente per via endovenosa o sotto-cutanea, nei casi di ematemesi, melena, emottisi o metrorragia. Kollert e Rezek della Clinica di Ortner, studiando nell'uomo l'azione dello « Stryphnon » iniettato per via sottocutanea o endovenosa e confrontandola con l'azione della adrenalina, trovarono che è molto meno tossica. Sümegi e Haintz dimostrarono sperimentalmente che i vasi polmonari sono più sensibili all'azione dello « Stryphnon » che all'azione della adrenalina. Questo dato sperimentale consentì l'applicazione del metodo nelle gravi emottisi, e con buoni risultati (Panoff, Schip, Weidinger, Schuberth). Inoltre anche in casi di metrorragia è stato segnalato beneficio dall'uso delle iniezioni di Stryphnon (Springer).

Questi esempi stanno a dimostrare come questa speciale sostanza, affine alla adrenalina, abbia un grado di tossicità minore, il che permette di essere adoperata più agevolmente in clinica.

RIASSUNTO.

L'A. ha usato la garza emostatica « Stryphnon » nelle operazioni sul cranio, sul collo, nella bocca, sul fegato e in quelle ginecologiche e per appendicite gangrenata e l'ha trovata di grande utilità per il fatto che frenandosi l'emorragia parenchimatosa e capillare si guadagna una maggiore visibilità del campo operativo e si rende quindi, più agevole l'allacciatura dei vasi sanguinanti.

BIBLIOGRAFIA.

ALBRECHT P. Viener Klin. Woch., 1923, n. 1; Münch. Mediz. Woch., 1927, n. 25.
AMREICH I. Wien. Klin. Woch., 1923, n. 1.
DUB E. Zentralblatt f. die ges., Zahnheilkunde, 1929, n. 42.
FREY H. Wiener Mediz. Woch., 1924; n. 47.
HOFER O. Zeitschrift f. Stomatologie, 1925, n. 5.
HOFER G. Wiener Klin. Woch., 1923, n. 1.
HANKOWSKI W. Zeitschrift für Urologie, 1928, n. 6.
KOLLERT e REZEK Mediz. Klin., 1925, n. 26.
KUNTSCHIK R. Wiener Klin. Woch., 1928, n. 34.
KONIG I. Zeitschrift f. Stomatologie, 1926, n. 12.
LIHOTZKY E. Zentralblatt f. Chirurgie, 1926, n. 37.
POLLITZER B. Zentralblatt f. Chirurgie, 1926, n. 37.
SPRINGER A. Zentralblatt f. Gynäkologie, 1928, n. 34.
SALZER H. Wiener. Klin. Woch., 1929, n. 50.
SÜMEGI e HAINTZ. Archiv. f. experim. Pathologie und. Pharmakologie, Bd. 144, H. 3/4.
SCHUBERTH. K. *Die Tuberkulose*, 1927, n. 9.
STEINDL H. Wiener. Klin. Woch., 1923, n. 14.
STEPHANIDES V. Zeitschrift f. Stomatologie, 1925, H. 7.
SCHIP E. Mediz. Klinik., 1929, n. 9.
WEIDINGER E. Wiener. Klin. Woch., 1926, n. 41.
WOLF E. Zeitschrift f. Stomatologie, 1928, H. 12.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale Maggiore di S. Giov. Batt. e della Città di Torino.
SEZIONE CHIRURGICA
diretta dal prof. G. FANTINO.

Due casi di sodòku.

Dott. CARLO INGARAMO, aiuto.

Quando nel 1927 ebbi ad osservare il mio primo caso di sodòku e tanto più quando nello scorso anno ne osservai il secondo, mi trovai molto facilitato il compito diagnostico dalla conoscenza di diverse precedenti pubblicazioni, nelle quali (indipendentemente dalle ricerche biologiche e sperimentali), l'eziologia e il quadro clinico hanno classificato perfettamente la entità patologica rendendone facile e chiara l'interpretazione morbosa e la conseguente terapia.

Perciò, pubblicando questi 2 casi personali, ritengo di fare opera doverosa e non inutile, agli effetti concettivi della malattia e della sua giusta classificazione nosologica.

La malattia, abbastanza comune in Cina e in Giappone, dove primitivamente fu osservata e studiata, è chiamata in Giapponese sodòku (« veleno di topo »): terminologia realmente giusta in confronto a quella degli Inglesi che la chiamano « febbre da morso di topo » e dei Tedeschi che la chiamano « malattia da morso di topo ».

Non è indifferente la distinzione che io fac-

cio sulla terminologia, in quanto, se nel concetto etiologico l'agente trasmittente iniziale è il topo, agli effetti pratici la malattia è trasmessa all'uomo da diverse altre specie di animali che si cibano di topi (faina, donnola, gatto), e attraverso ad essi l'agente patogeno è trasmesso: giustificano quindi il concetto che è il « veleno del topo » il quale direttamente o indirettamente trasmette la malattia.

Fra i divoratori di topi, particolarmente il gatto che sta più a contatto dell'uomo, è dopo il topo il più frequente trasmettitore del sodòku.

Dopo le osservazioni fatte in Cina e nel Giappone, si riscontrò che il sodòku è malattia sparsa un po' per tutto il mondo. In Italia, secondo quanto mi risulta, se ne conoscono 54 casi trasmessi direttamente dal topo, e 4 casi trasmessi dal gatto. Se si considera però che alcuni non saranno stati pubblicati e che molti certo non furono giustamente interpretati, ritengo che la malattia debba essere più frequente di quanto non si creda, (anche per quest'ultimo mezzo di trasmissione), e sparsa, senza sensibili differenze di località, un po' dovunque. Pare però che non tutte le specie di topi siano idonee a trasmettere la malattia, e per quanto se ne sa, prevale il concetto che il topo di chiavica (mus decumanus) sia l'unica specie responsabile della diffusione dell'infezione.

Date quindi le nostre conoscenze abbastanza precise sul momento etiologico, e stabilito che i malati affetti da sodòku subirono sempre il morso di topi o di animali che si cibano di essi, ogni medico pratico dovrà ritenere sospetto un individuo che, ferito dai detti animali, presenti il quadro clinico della malattia. E poichè, oltre alla difficoltà di stabilire un diagnostico, preciso attraverso ricerche biologiche e sperimentali, la maggior parte dei medici si trova in condizioni di non poter eseguire queste ricerche, ritengo che in questi casi, nonchè tentare terapie svariate ed inutili, converrà prudenzialmente iniziare la cura specifica, come si agisce per una sifilide clinicamente sospetta della quale, in mancanza e talora malgrado le ricerche sierologiche, frequentemente si fa la diagnosi « *ex juvantibus* ». Io penso anzi, che, come per la rabbia trasmessa dal cane si fa senz'altro la cura preventiva, non sarebbe poi tanto esagerato quel medico che osservando una ferita da morso di topo o di gatto, istituisse preventivamente la cura specifica.

Indipendentemente dalle discordi conclusioni di Ogata, Schottmüller, Shikami, Piazza, gli osservatori giapponesi Futaki, Takaki, Tanuguchi, nel 1916 comunicarono di aver scoperto una spirocheta nella pelle e nelle linfoghiandole di 8 ammalati di sodòku e di aver trasmesso l'infezione agli animali. Questa spirocheta, cui proposero il nome di « Spirochaeta morsus muris » si presenta breve, tozza, con un corpo spirale e 2 flagelli terminali, più sottile nel sangue, più voluminosa nei tessuti: si colora bene coi colori di anilina, si impregna dei sali d'argento, si moltiplica se inoculata nelle cavie, è sensibile al Salvarsan, è presente nella pelle, nelle ghiandole e nel sangue durante gli accessi.

In Italia Martinotti, Frassi ed altri furono poco fortunati nei loro risultati; Ghetti e Franchini riuscirono a mettere in evidenza la spirocheta di Futaki. Mantovani trovò 2 forme di spirochete: le cavie inoculate col sangue, morirono: praticando successivi passaggi, al 7° ottenne ittero emorragico. Fasiani non riuscì a trovare nel sangue periferico alcuna forma parassitaria, le emoculture furono negative. Di varie cavie inoculate però, una mostrò la spirocheta di Futaki. Il quadro clinico della malattia è caratteristico.

La ferita iniziale sarà più o meno cicatrizzata, ma in un periodo d'incubazione che va dai 10 ai 50 giorni, nel punto leso (di solito un arto) si produce un senso di prurito, di fastidio, uniti ad un certo grado di tumefazione locale, di dolorabilità ai movimenti e talora alla comparsa di ingrossamento delle linfoghiandole regionali.

Nello stato generale, durante questo periodo iniziale si può avere benessere o anche solo un senso di stanchezza e di svogliatezza.

Dopo alcuni giorni di questa sintomatologia attenuata, sorge improvviso brivido seguito da febbre alta, nausee, prostrazione generale, cefalea, talora vomito. Contemporaneamente i fenomeni locali si esacerbano in modo acuto: nel punto della ferita la pelle si fa tesa, tumefatta, di colore rosso-vinoso, talora violacea, dolentissima alla palpazione, e la parte acquista un aspetto flemmonoso che frequentemente può trarre in errore e condurre ad inutili incisioni.

Lungo l'arto compaiono strie e cordoni linfangitici a capo dei quali le linfoghiandole si presentano ingrossate, dolenti, talora dure e mobili, talora mollicce e pastose, fisse, a contorni indistinti per periadenite, simulanti la fusione purulenta. La cute dell'arto è sede di manifestazioni eritematose, ponfoidi, polimorfe, lenticolari o nummulari, talora rilevate, spesso confluenti.

Tale eritema frequentemente si trova, benchè in minori proporzioni, sulla cute di altre parti del corpo. È stata notata frequentemente una iniezione congiuntivale dell'occhio che sta dal lato della lesione. La temperatura dell'arto ammalato supera di alcuni decimi quella dell'arto sano.

I fenomeni acuti locali e generali, durano immutati alcuni giorni, dopochè spontaneamente regrediscono, direi per crisi, e riappaiono evidenti e violenti dopo alcuni giorni ancora.

Nel complesso si verifica il quadro di una febbre ricorrente con fenomeni generali d'intossicazione e Frugoni infatti, cui si deve la conoscenza del primo caso in Italia, nel capitolo Spirochetosi del trattato del Lustig pone il sodòku fra le febbri ricorrenti; da notarsi però la perfetta contemporaneità dell'aumento e della diminuzione dei fatti locali e generali con l'aumento e la diminuzione della febbre. Questa sintomatologia, nelle sue linee generali notata da tutti i precedenti osservatori, messa in relazione colla specifica lesione sofferta, non lascia dubbi sulla diagnosi di sodòku.

Le alterazioni biologiche sono quanto mai incerte e meno classiche di quanto non lo sia il quadro clinico. Le sieroreazioni di Wassermann e di Meinike risultarono alcune volte positive, altre negative. Talora fu notato un certo grado di eosinofilia e leucocitosi nel sangue. Giraldi trovò glucosio nelle orine, glucosio che scomparve in seguito alla cura specifica. Talora esiste tumore di milza.

In tutti i casi fu notato un certo grado di anemia.

Indipendentemente dalla positività o meno delle ricerche biologiche, sperimentali e biopsiche, che come vedemmo, ben sovente sono infruttuose, il quesito che ci si presenta è quello della terapia. Si tratta di una spirochetosi che si dimostrò, in vitro e in vivo, sensibile al Salvarsan, quindi, davanti al quadro classico del sodòku, inutile è l'attesa o il tentativo di cure chirurgiche: non lasciarsi sedurre dall'aspetto flemmonoso delle lesioni e ricorrere immediatamente agli arsenobenzoli. Tutti gli autori sono concordi nel constatare che i fenomeni morbosi regrediscono con una rapidità talora sorprendente e in ogni caso in modo definitivo.

La malattia lasciata a sè pare non sia di gravità eccezionale.

In Giappone sembra dia una mortalità del 10 %, ma è da pensare che questa gravità sia in rapporto o con una esagerata virulenza del germe in speciali condizioni di clima, o con una diminuita resistenza dei soggetti. In Italia la gravità è molto minore: non mi risulta vi siano stati casi mortali, forse perchè quelli riconosciuti e pubblicati furono razionalmente curati. Alcuni casi però, per quanto a molto lunga scadenza, ebbero una guarigione spontanea.

Ed ora vengo ai 2 casi da me osservati, il 1° da morso di gatto, il 2° da morso di topo.

Caso I. — M. Maria, d'anni 56, da Livorno Vercellese.

Il 19 marzo 1927 vedendo il gatto di casa che stava per rubare un pezzo di carne deposto su un tavolo, lo allontanò bruscamente e ne ricevette in cambio una morsicatura alla mano destra.

Riportò due ferite lunghe pochi mm. al dorso della mano all'estremo dorsale del 2° metacarpo. Si medicò da sè alla bell'e meglio e in 3 o 4 giorni la lesione era completamente cicatrizzata. I disturbi soggettivi e funzionali dipendenti dalla ferita scomparvero pure in questo breve periodo, e la donna riprese le sue occupazioni senza più ripensare all'incidente occorsole.

Verso i primi di aprile, e precisamente dopo 12 giorni dell'infortunio, cominciò a notare un senso di prurito nel luogo della morsicatura, prurito non continuo ma a tipo remittente e contemporaneamente comparve un arrossamento delle piccole cicatrici che, già quasi scomparse, si resero bene evidenti. A due giorni di distanza, improvvisamente forte brivido, febbre elevata, aumento notevole della tumefazione che si fece a tipo flemmonoso, blaustra, edematosa, e comparsa lungo l'arto superiore di strie rossastre con risentimento doloroso al cavo dell'ascella. Consultato un medico, questi giudicando trattarsi di un flemmone iniziale consecutivo a banale ferita settica, consigliò impacchi d'ittiolo. Lo stato febbrile e i fenomeni locali si mantennero per circa 2 giorni, dopo di che pur senza scomparire, la sintomatologia locale diminuì d'intensità, e la febbre scomparve dopo una profusa sudata. Rimase solo una certa tumefazione della mano e un risentimento doloroso al cavo ascellare. Dopo 5 giorni di remissione, altro periodo di riacutizzazione, febbre elevata e localmente più forte tumefazione dolorosa della mano e di tutto il braccio, presenza all'ascella di grosse linfoghiandole dolenti e cordoni ingrossati lungo tutto l'arto, grande prostrazione generale, cefalea, nausea, diarrea e dolori diffusi al tronco e alle gambe. Contemporaneamente comparsa su tutto l'arto di una eruzione cutanea. Al 3° giorno la temperatura alta cessò con profusi sudori e diminuirono nuovamente i disturbi locali, dei quali residuò solo una tumefazione violacea attorno alla cicatrice. Trascorsi 6 giorni, di nuovo gonfiore della mano, arrossamento, ricomparsa dei fatti a carico di tutto l'arto, e preceduta dal solito brivido, ritorno della febbre alta.

In queste condizioni vedo l'ammalata dopo 36 ore dall'inizio dell'accesso. Stato generale relativamente buono.

Sul dorso della mano destra a livello del 2° metacarpo, esiste la cicatrice rappresentata da 2 li-

neette lunghe pochi mm., rilevate e indurite. Il dorso della mano è di colore violaceo, con intensità maggiore sul punto della lesione, e che va sfumando man mano ci si allontana da essa. La tumefazione è molto pronunciata con le caratteristiche del flemmone in pieno sviluppo. La palpazione dà l'impressione di pastosità dura, in certi punti quasi fluttuante, in altri poco cedevole, è molto dolente in contrapposto alla relativa minore dolorabilità spontanea locale. L'avambraccio e il braccio sono pure tumefatti e edematosi, ma la tumefazione uniforme sulla mano, via via ci si allontana da essa perde la sua uniformità e si presenta sotto forma di chiazze rilevate, indurite, disposte lungo il decorso dei linfatici. La corrispondente superficie cutanea è di colore rosso violaceo. Presenta una piccola ghiandola dolente, mobile, dura, alla regione epitrocleare, ed evidenti ghiandole ingrossate e dolorose al cavo ascellare: queste ultime fisse con fatti di periadenite. La temperatura dell'ascella destra 39°,2, di quella sinistra 38°,9.

Oltre alle lesioni cutanee lungo il decorso dei linfatici, è evidente una eruzione sparsa alla faccia esterna dell'arto destro, e rappresentata da noduli pomfoidi, rosso-cupi, rilevati, dolenti, in parte confluenti, di cui alcuni esemplari si possono notare sul torace e sull'addome.

L'esame dei vari organi non fa rilevare nulla di anormale.

Fegato in limiti. Manca il tumore di milza.

L'esame delle urine è negativo per prodotti patologici.

In base a quanto conoscevo sul sodòku, ebbi la convinzione che altra diagnosi non poteva farsi ed ho voluto espletare alcune ricerche per controllare, se possibile, l'esattezza del mio giudizio.

La sierodiagnosi del Wassermann diede risultato negativo.

Meinike ++. Strisci di sangue colorati col Fontana e col Giemsa non hanno permesso di ritrovare la spirocheta di Futaki. Furono prelevati 20 cmc. di sangue dalla vena mediana e con essi se ne iniettarono 2 cavie: una nel peritoneo ed una nel sottocutaneo. Le cavie, conservate per diverso tempo, mantennero ottima salute e il sangue da esse prelevato fu negativo per la presenza spirochetica: sacrificate dopo 30 giorni non mostrarono alterazioni nè del sistema linfo-ghiandolare, nè degli organi interni.

Esame del sangue dell'ammalata: globuli rossi 4,250.000; gl. bianchi 8700; polinucleati neutrof. 69 %; eosin. 1 %; basof. 0 %; mononucleati 4 %; linfociti 24 %; forme di passaggio 2 %.

Non feci emoculture.

Tralasciata per il momento qualsiasi terapia per vedere il succedersi dei fenomeni morbosi, potei rilevare che dopo 60 ore circa dall'inizio dell'ultimo ascesso la febbre cessò in poche ore con profusi sudori, lasciando un generale abbattimento nella paziente, la quale per altro godette pure di una remissione dei fenomeni locali, che si ridussero ad un modico gonfiore della mano e dell'avambraccio destro, uniti alla diminuzione del volume delle ghiandole ingrossate e alla scomparsa delle strie linfangitiche. Impallidirono pure, senza completamente scomparire, le formazioni eritematose cutanee. L'A. rimase bene, con temperatura subfebbrile (37°,4) 4 giorni, quando improvvisamente e con brivido ricomparve la febbre alta e con essa si risvegliarono tutti i fatti infiammatori del braccio e la reazione cutanea.

Confermato così quanto mi aspettavo, non ho più oltre atteso ad iniziare la cura con 0,15 di NeO ICI endovenosa. Dopo di essa insorsero fenomeni gravi con stato sincopale e comparsa di eritema generalizzato per tutto il corpo: fenomeni che durarono poche ore e che ricordarono la reazione di Herxheimer nella sifilide. Il giorno seguente però la febbre era scesa a 38°2: nello spazio di 3 giorni colla scomparsa totale della febbre tutti i fenomeni cutanei erano scomparsi, permanendo solo leggera tumefazione alla mano e all'avambraccio. La 2ª iniezione di 0,30, senza dare la minima reazione portò alla scomparsa dei rimanenti fenomeni locali. In breve dopo 8 giorni dall'inizio della cura, e con due sole iniezioni, l'ammalata si sentiva soggettivamente bene e voleva considerarsi guarita. Per precauzione feci ancora tre iniezioni di 0,45 a distanza di 5 giorni, dopo di che la rimandai.

Ebbi da essa notizie 3 mesi dopo e mi dichiarò che stava benissimo e non risentiva alcun disturbo nè locale nè generale.

CASO II. — M. Orsola, d'anni 27, da Rodallo.

Il 27 novembre 1930, scesa in cantina per prendere legna, fu morsicata da un grosso topo, riportando due ferite alla 2ª falange dell'indice destro. Fece lavature con acqua borica e si medicò alla buona. La ferita però suppurò, tanto che dovette ricorrere dopo alcuni giorni al medico del paese, il quale riuscì a guarire la lesione in 20 giorni circa. A 30 giorni di distanza dall'infortunio, la ferita che ormai era completamente rimarginata e indolente, cominciò ad arrossarsi e a dare un senso di fastidio, con prurito e leggera dolenzia alla compressione. Contemporaneamente apparve una leggera dolenzia all'ascella di destra. La paziente non notò allora febbre nè disturbi generali, anzi, non si preoccupò sulle prime dei disturbi locali, fin quando nello spazio di alcuni giorni la tumefazione del dito andò aumentando ed il colorito assunse un rosso più carico, unitamente alla comparsa di strie arrossate sulla parte anteriore dell'avambraccio sino al gomito e all'aumento del dolore all'ascella destra. Fu in questa condizione che ebbi a visitarla per la prima volta: Riscontrai quanto sopra e notai assenza di tumefazione del braccio, assenza di ghiandole epitrocleari ingrossate, pesenza di una linfoghiandola dolente all'ascella.

Edotto dai casi conosciuti attraverso alla letteratura e più ancora dal caso che nel 1927 avevo personalmente osservato, credetti di individuare la comparsa di un classico sodòku, e tenni sott'occhio la paziente nell'attesa dell'evolversi della malattia. Infatti, dopo 2 giorni brivido improvviso, febbre a 38°,7, cefalea, nausee, prostrazione generale. Aumentata enormemente la reazione locale che si manifesta con tumefazione imponente di tutto il dito e della parte esterna del dorso della mano. Non vi è edema vero e proprio, ma un tumore renitente, elastico, che non lascia l'impronta del dito, dolentissimo alla pressione. La pelle, parte da un colore quasi paonazzo sui margini della cicatrice e va degradando in intensità verso la base della mano.

All'avambraccio, che si è tumefatto fin sopra il gomito, e che è dolente spontaneamente e più alla palpazione, le strie linfagitiche appaiono come cordoni duri, fortemente iniettati. La ghiandola sottoascellare ingrossata, ha perso la sua mobilità ed è colpita da periadenite. I movimenti del-

l'arto sono limitati a causa del dolore. La temperatura all'ascella destra è superiore a quella di sinistra (38°,9-38°,7). Nessun fenomeno oculare nè congiuntivale. La cute del braccio è occupata da numerose chiazze rosso-cupe di forma varia, lenticolari o nummulari, talune sollevate sulla cute, numerose specialmente alla piega del gomito. Chiazze eritematose sono sparse, per quanto in minor numero, sulla faccia, sul tronco, sull'addome, sulle coscie: non dolgono spontaneamente, ma alla pressione sono sensibili.

Pare di notare leggero tumore di milza. Fegato in limiti.

Nulla agli altri organi interni. Stato generale discreto. Nelle orine lievissimo velo d'albumina, non glucosio. Al microscopio nulla di patologico nel sedimento.

Qui, come nel caso precedente, per quanto la diagnosi fosse certa e la paziente mal volentieri si prestasse ad esperimenti, prelevai del sangue per la sierodiagnosi del Wassermann la quale fu negativa.

Alcuni strisci furono colorati col metodo Fontana e col Giemsa.

Non feci inoculazioni in animali. Per quanto il sangue, come nel caso precedente, fosse prelevato all'acme dell'accesso, le ricerche per la spirocheta di Futaki furono negative, e ritengo che l'esito positivo ne sia quanto mai difficile, come del resto ho potuto rilevare dai risultati dei precedenti ricercatori.

Non volli attendere oltre ad iniziare la terapia con una endovenosa di 0,15 di Neo ICI. Nessun fenomeno allergico, nè comunque spiacevole. Già dopo 24 ore la T. era abbassata e lo stato generale molto rialzato. Dopo 48 ore, assenza totale di febbre e scomparsa delle placche eritematose del tronco e degli arti inferiori. Permaneva solo una moderata tumefazione che partendo dalla ferita si portava fin verso il gomito. Scomparse le strie linfangitiche e di molto impallidito l'eritema dell'arto. Persistenza dell'adenite ascellare della quale però è scomparsa la dolorabilità. Dopo 4 giorni iniezione di 0,30 a seguito della quale diminuirono ancora i fenomeni locali e scomparvero totalmente le vestigia eritematose. Nessuna ricomparsa di stato febbrile. Dopo la 3ª iniezione di 0,45 scomparsa totale di ogni fenomeno.

« Ad abundantiam » feci ancora due iniezioni di 0,45 nello spazio di 12 giorni, rimandando la paziente completamente guarita. La guarigione si mantenne in seguito, e rivista l'ammalata a diverse riprese, non ha più lamentato ricordi spiacevoli della sua ferita.

Per quanto le ricerche biologiche e sperimentali non siano state fruttuose nei surriportati casi, nessun dubbio che le malate cadute sotto la mia osservazione erano affette da sodòku.

E per tale diagnosi militano i seguenti dati:

1° Lesione iniziale prodotta da morso di gatto e rispettivamente di topo (origine sospetta);

2° Sintomatologia classica per il sodòku, e cioè febbri a tipo ricorrente con esacerbazioni dei fatti locali sincrone con quelle dei fatti generali;

3° Successo probativo ed immediato della terapia specifica arsenobenzolica.

Scopo precipuo di questa mia nota è il ricordare che dinanzi ad un paziente che ci si presenti nelle condizioni suddescritte, è nostro dovere tentare subito la cura specifica, nello stesso modo con cui « *ex juvantibus* » così frequentemente giungiamo alla diagnosi e alla prognosi di un'altra ben più temibile spirochetosi, quale è la sifilide.

RIASSUNTO.

L'A. riferendosi a 2 casi di sodòku prodotti da morso di gatto e rispettivamente di topo, casi curati e guariti cogli arsenobenzoli, ne trae utili considerazioni cliniche e terapeutiche, insistendo sull'opportunità di sottoporre alla terapia arsenobenzolica ogni paziente che, ferito nelle suddette circostanze, lasci anche solo il sospetto di essere affetto da « spirochetosi morsus muris ».

BIBLIOGRAFIA.

FRUGONI. Riforma medica, 1911.
O' CALLOR. Roy Acad. of Med. in Irland, 1911.
HATA. Münch. Med. Woch., 1912.
COUGET. Presse Médicale, 1912.
FRUGONI. Rivista critica di Clinica Medica, 1913.
PIAZZA. Morgagni, 1912 e 1915.
BRAILLON et PERDU. Presse Médicale, 1914.
PERUGIA e CARCHIDIO. Riforma Medica, 1915.
FUTAKI, TAKAKI, ecc. Journal of exp. med., 1916-17.
MARTINOTTI. Giornale Ital. Malattie Veneree e della pelle 1917.
MOLINARI. Riforma Medica, 1917.
STRETTI e MANTOVANI. Policlinico, 1921.
MANTOVANI Pathologica, 1921.
MASCI. Riv. Osped., 1922.
FASIANI. Riforma Med., 1922.
RUGGIERO. Policlinico, 1922.
GIRALDI. Ibid., 1924.
FRANCHINI e GHETTI. Verb. soc. Med. Chir. Romana, 1925.
NEIROTTI. Policlinico, 1926.
BURBI. Comunic. Acc. Med., Torino, 1928.

Ospedale Civile di Treviso - II Divisione Medica
diretta dal Dott. Prof. PIERO BIFFIS.

Su di un caso di sodòku

per il dott. ANDREA BIFFIS, assistente effettivo.

La rarità del sodòku in Europa, di quella malattia cioè dovuta al morso del topo (talora anche di altri roditori e del gatto) consiglia di render sempre noti i casi che eventualmente vengono all'osservazione, non solo allo scopo di portare un contributo, sia pur modesto, di casistica, ma anche e specialmente per tenere desta l'attenzione del medico

pratico su questa forma morbosa che, quando manca il dato anamnestico del morso e la conoscenza della sintomatologia obbiettiva e subbiettiva, può essere confusa con altre, e che, d'altra parte, diagnosticata a tempo è oggi facilmente curabile con una terapia che può dirsi specifica e di facile comune applicazione.

La storia del sodòku è relativamente recente risalendo al 1908, quando Shikami ed Ogata in Giappone riuscirono ad individualizzare questa malattia piuttosto frequente nei loro paesi, caratterizzandola nella sintomatologia clinica, lasciando invece molto incerta l'eziologia. Questi autori infatti avendo ottenuto dalle culture del sangue circolante e da quello estratto dalle placche eritematose, degli emosporozoi ritennero questi responsabili della malattia. Nel 1913 Ogata isolò invece delle forme filamentose a micelio; in seguito altri autori isolarono lo streptotrix.

Fu solo nel 1916 che Futaki, Takaki ed Osumi isolarono dalle linfoghiandole e dal sangue una spirocheta che, iniettata negli animali, riprodusse il quadro morboso e che denominarono *Spirochaeta morsus muris*. Non deve essere qui dimenticato che tra i varii studiosi del sodòku in Italia, il primo è stato Frugoni nel 1911, a cui seguirono, Martinotti, Zannini, Gatti, Piazza, Fasiani, Pellegrini, Canelli e numerosi altri, i quali contribuirono allo studio eziologico, clinico e sperimentale della malattia, illustrandola anche abbondantemente nella sua autonomia clinica e nella terapia.

Oggi sappiamo, per quanto si riferisce all'epidemiologia, che il sodòku non è malattia endemica soltanto in Giappone, essendo stati trovati casi abbastanza numerosi in Europa, in Africa ed in America. È pure assodato che se il topo è l'animale che più di frequente infetta l'uomo, furono tuttavia riscontrati casi di sodòku eziologicamente e clinicamente confermati, dovuti al morso del gatto (Vezio, Neirotti e Masci), della donnola, del furetto e dello scoiattolo (Masci). È degno di rilievo che la trasmissione nel germe all'uomo non si effettua come dapprima si credeva con la saliva, ma per mezzo del sangue gengivale che trasuda dalle erosioni della mucosa boccale causate dalla infezione.

La *spirochaeta morsus muris*, o, come la chiama Dujarric de La Riviere, spirochaeta japonica, può essere a forme brevi e tozze o a forme lunghe con numerose spire.

Le prime si rinvengono nei gangli; le seconde nelle ferite e nel sangue circolante. Si colora bene col Giemsa, colla fucsina, con i sali d'argento e col bleu di metilene. Quantunque si trovi nei tessuti, nel sangue circolante durante l'accesso febbrile e nelle urine degli individui affetti, solo in piccolo numero di casi è stata isolata e coltivata nonostante gli esami più attenti e completi dei varii ricercatori.

Le sedi di inoculazioni sono di solito le parti scoperte dell'uomo (mani, piedi, braccia e gambe) unicamente perchè più esposte alla morsicatura dei topi.

Si ha di solito un *periodo d'incubazione* che varia dai 2 ai 30 giorni, dopo il quale la malattia insorge improvvisamente con brivido e febbre alta, astenia e anoressia.

Contemporaneamente tumefazione e arrossamento della ferita iniziale, dolenzia, comparsa di un alone infiammatorio (fatti confusi anche con i flemmoni), sulla ferita e nelle vicinanze e talvolta su tutto il corpo esantema che può restare tale, ma che può essere anche bolloso, poi vescicolare, poi pustoloso; alle pustole, che si possono rompere rapidamente, succedono ulcerazioni e risentimento ghiandolare. È questo il *periodo d'invasione*. Mentre tutto sembra accenni alla risoluzione, dopo un periodo di iperidrosi e di apiressia, la temperatura risale bruscamente, ricompaiono i fenomeni generali (prostrazione, vertigini, cefalea) e quelli locali (semplice esantema oppure vescicole, pustole, ulcerazioni); succede un periodo di remissione cui segue altro accesso e così di seguito. Dopo varii attacchi le manifestazioni se curate, tendono a diminuire e a cessare del tutto.

È questo il periodo accessuale, a tipo di febbre ricorrente.

Vi è anche una forma grave, ed è quella *nervosa* nella quale predominano all'inizio le mialgie e l'agitazione con marcata disfagia e dapprima esagerazione dei riflessi; seguono prostrazione ed abolizione dei riflessi; rapidamente delirio, coma e morte. In una terza forma prevalgono gli accessi febbrili, senza eruzione, con notevole edema infiammatorio quasi sempre a carattere suppurativo e talora necrosi della ferita.

Per porre la diagnosi di sodòku basterebbe il dato anamnestico del morso e la sintomatologia descritta: meglio ancora se si potrà mettere in evidenza la spirocheta nel pus della ferita, nel sangue o nel succo ricavato dalla puntura dei gangli linfatici, e specialmente se si ottiene l'infezione nella cavia.

In generale si inocula la cavia nel peritoneo con 5 cc. di sangue estratto dall'amma-

lato nel momento del maggior rialzo termico o con qualche frammento di ganglio linfatico.

Però molto spesso anche coi migliori accorgimenti tali ricerche danno risultato negativo vuoi per la grande labilità del germe, vuoi per le sue condizioni di vita ancora non bene conosciute.

Per la diagnosi differenziale deve essere presa in esame specialmente la forma nervosa che ha delle somiglianze con la rabbia, specie per l'anamnesi e la sede della lesione iniziale.

Lo svolgersi però assai rapido del quadro clinico della rabbia con imponente delirio, convulsioni, ed in modo speciale l'idrofobia e l'aerofagia sempre più accentuate nella rabbia, la fotofobia e la cecità all'ultimo periodo serviranno a fare la diagnosi differenziale tra la rabbia e il sodòku. Nella diagnosi differenziale non deve esser dimenticato il flemmone (caso di Canelli) ed in certi casi anche la lue, sulla quale torneremo più avanti.

Per la terapia bisogna ricorrere agli arsenobenzoli come Hata ha per primo proposto con successo fin dal 1912. Il sodòku infatti viene vinto con poche iniezioni endovenose di neosalvarsan fatte a due, cinque, sei giorni di distanza.

La prognosi è fausta. In Europa non vi sono ancora avuti decessi per sodòku.

* * *

Espongo ora in maniera succinta, nei dati positivi, il caso venuto in cura nella seconda divisione medica del nostro Ospedale, e che il mio primario prof. Biffis mi consente di riferire.

Si tratta di un uomo di 61 anni di Treviso, certo B. Giuseppe, il quale non ebbe mai malattie degne di particolare menzione, e che nulla presenta di importante nei dati anamnestici famigliari, trattandosi di soggetto appartenente a famiglia sana. Verso la metà del marzo 1926, non si sa bene in quali circostanze, fu morso da un grosso topo delle chiaviche nella regione tra la radice interna del pollice ed indice della mano sinistra. La ferita subì un decorso apparentemente benigno, accennando a chiudersi, ragione per cui il paziente non credette opportuno di ricorrere al medico. Fu solo dopo qualche settimana, che avendo constatato che nella regione del morso si stava formando una tumefazione dura che si estendeva verso il dorso della mano e che si era stabilita qualche chiazza rossastra verso il braccio, fenomeni accompagnati a violenti accessi febbrili a tipo quasi malarico, chiamò il collega dottor Reggiani (che trovò giusto ricordare), il quale in base alla sintomatologia obbiettiva e subbiettiva, ed al dato anamnestico del morso fece prontamente la diagnosi di sodòku, inviando il p. per comodità di cura all'Ospedale, dove entrò il 13 aprile 1926. All'esame obbiettivo il malato fu trovato scheletricamente ben conformato, sensorio integro, piuttosto abbattuto nelle condizioni generali, prostrato nelle forze, con anoressia, febbre di modico grado (38°,7), polso abbastanza valido, ritmico con frequenza relativa alla temperatura (intorno alle 100 battute). Respirazioni leggermente aumentate (26), ritmiche, simmetriche. Riflessi cutanei e tendinei normali.

All'esame dei singoli organi toracici ed addominali, nulla si riscontrò di anormale, ad eccezione della milza leggermente aumentata di volume alla percussione, ma non palpabile.

Ciò che maggiormente interessava era l'esame dell'arto superiore sinistro. Alla radice tra pollice ed indice si notava un notevole turgore dei tessuti, che si estendeva anche verso il dorso della mano, violaceo, duro quasi fibroso, con lieve soluzione di continuo.

Da questa intumescenza partiva una linfangioite che si estendeva lungo il braccio fino all'ascella dove si notava qualche ghiandola ingrossata. Nella regione anteriore e laterale esterna dell'avambraccio e del braccio esistevano alcune chiazze eritematose leggermente rilevate, quasi indolenti, le più grandi grosse quanto un vecchio scudo, le più piccole quasi lenticolari, di colore rosso ciliegia più o meno uniforme. Qualcuna presentava un semplice alone irregolare più marcato alla periferia ed una zona centrale più sbiadita.

Prelevato del sangue dalla vena se ne iniettarono 5 cc. nel peritoneo di 2 cavie, ma la ricerca rimase negativa. Si è pure praticata la reazione di Wassermann, la quale pure diede esito negativo. Ma poichè la diagnosi di sodòku nel nostro caso era evidente, si procedette subito alle iniezioni di Novarsenobenzolo con la tecnica e con le dosi antiluetiche.

Già dopo la prima iniezione di 15 cgr., la febbre cominciò a regredire, non presentandosi più ad accessi violenti, ma persistendo quasi continua tra i 37,5-38, una sola volta avendo raggiunto i 38,5; contemporaneamente anche le condizioni generali e le forze del malato migliorarono assai.

Dopo la 2ª iniezione di 30 cgr., praticata alla distanza di 4 giorni, il miglioramento fu ancora più sensibile, perchè alla completa remissione della temperatura che raggiunse il giorno seguente i 37°, si accompagnarono altri indizi di miglioramento: la tumefazione della mano regredì prontamente in maniera palese, la linfangioite, e le ghiandole all'ascella scomparvero, rimanendo solo, quali traccie della subita infezione, poche chiazze eritematose all'avambraccio ed al braccio, assai sbiadite, non dolenti, nè rilevate. La terza iniezione praticata dopo altri 6 giorni, completò la guarigione, tanto che il malato potè uscire completamente ristabilito il 28 aprile, dopo soli 15 giorni di degenza.

Il caso ora descritto, non presenta difficoltà diagnostiche e non richiede quindi particolari commenti clinici, nè una vera diagnosi differenziale con altre malattie.

Il dato anamnestico del morso del topo, la guarigione quasi completa della ferita senza particolare trattamento locale, l'insorgenza dei primi sintomi febbrili dopo una decina di giorni, seguiti dalla comparsa di una tumefa-

zione dura fibrosa di colore rosso vivo, nella regione del morso nonchè dalla linfoangioite con eritema coi caratteri sopra descritti, la guarigione completa del malato con la cura arsenobenzolica in pochi giorni, sono dati che da soli confermano la diagnosi, anche se l'esame e la cultura del sangue (di difficile esito, come risulta dalle relazioni dei varii ricercatori) non fu positiva.

Tuttavia qualche considerazione non tanto di diagnostica differenziale, quanto di parallelismo sintomatologico ed eziologico non sarà inutile fare tra questa malattia e la lue, parallelismo sul quale giustamente venne richiamata l'attenzione nel 1925 da Apert, Kermorgant e Garrin, e più tardi anche da Canelli. Ed infatti, per quanto nel sodòku manchi come manifestazione primaria nel punto dell'inoculazione l'ulcera dura a fondo lardaceo (che del resto può anche passare in certi casi di lue quasi inosservata) l'adenopatia satellite, l'esantema cutaneo secondario, che ha molte simiglianze specialmente col sifiloderma papuloso secondario a grosse papule, la spirochetosi, la guarigione rapida con gli arsenobenzoli, sono fatti comuni alle due forme morbose, e tali da poter giustificare il richiamo alla loro analogia.

Che se poi a questi fenomeni aggiungiamo l'esito delle ricerche e degli studi specialmente di Salimbeni, Kermorgant, Garrin, secondo le quali la spirillosi può essere trasmessa per ereditarietà con conseguenti disformazioni scheletriche del cranio, del bacino, e degli arti nei discendenti, nonchè la comparsa della cheratite interstiziale, lo studio comparativo delle due malattie, sarà abbondantemente giustificato, per quanto l'una e l'altra quasi sempre bene differenziabili e per quanto formino due entità morbose separate.

Ma se il parallelismo tra sodòku e lue per ora può sembrare un semplice fatto di curiosità clinica e terapeutica, non è escluso che ulteriori studi portino a conoscenze ben più importanti specialmente per quanto riguarda la filogenesi dei due agenti eziologici. I sopracitati autori invero ricordano che oggi si dibatte la questione circa la presunta origine dal Lama della sifilide, e non possono a meno di tacere il dubbio dell'analogia dell'origine animale delle due spirochete l'una, quella che dà luogo alle manifestazioni del sodòku proveniente dai roditori, spirocheta questa più virulenta per l'uomo che lo trova vergine ai suoi veleni, ma più facilmente vincibile con l'arsenobenzolo ed in maniera stabile, l'altra quella originariamente proveniente dal Lama apparentemente dapprima meno virulenta ma più difficilmente guaribile in maniera definitiva, diventata ormai attraverso i secoli malattia dell'uomo al quale si trasmette direttamente e assai facilmente da uomo a uomo.

Sarebbe prematuro ed azzardato voler oggi trarre conclusioni superficiali su questo argomento, che ha ancora bisogno di studi serii e di riflessioni ponderate, ma può darsi che questi studi portino alla conclusione che le due spirochete, la pallida e *morsus muris*, trovino la loro paternità in un unico ceppo, diviso in due discendenze per adattamento da secoli l'una all'uomo, l'altra ai roditori, con manifestazioni perciò sull'uomo diverse sotto molti punti di vista, ma analoghe sotto qualche altro.

RIASSUNTO.

L'A., dopo aver fatto la storia del sodòku, parla della patogenesi, dell'eziologia, del decorso clinico e della cura di questa malattia. Espone quindi il caso tipico venuto in osservazione nell'ospedale di Treviso e accenna al parallelismo sintomatologico ed eziologico (già da altri AA. notato) tra il sodòku e la lue.

BIBLIOGRAFIA.

SHIKAMI e OGATA. Deut. med. Woch, 1908-1909.
FRUGONI. Riforma Medica, 1911.
SCHOTTMULLER e PROESCHER. Berl. Klin. Woch, 1912.
GATTI. Rivista Critica di Clinica Medica, 1912.
PIAZZA. Il Morgagni, 1916.
MARTINOTTI. Giornale Italiano Malattie Veneree e Pelle, 1917.
MORI. Gazzetta Medica Lombarda, 1917.
ZAMORANI. La Liguria Medica, 1920.
MANTOVANI. Pathologica, 1921
FASIANI. Riforma Medica, 1922.
PELLEGRINI. Ibid., 1923.
VEZIO. Progressi di Terapia, 1929.
CANELLI e FAUDA. Minerva Medica, 1930.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DIGERENTI.

La reazione di Triboulet nella diagnosi delle ulcerazioni intestinali nei tubercolotici.

(BONNAMOUR, CHAPUY e LARDET. *Journ. de Méd. de Lyon*, 20 agosto 1931).

La diagnosi della tubercolosi intestinale e sopratutto della presenza delle ulcerazioni nei tubercolosi polmonari, specie nel primo periodo della malattia, è particolarmente difficile.

I diversi disturbi funzionali o digestivi possono essere assenti e non sono affatto patognomonici. Gli esami radioscopici e radiografici sono di un'importanza considerevole, ma esigono una installazione completa e sono spesso di difficile interpretazione. Gli esami coprologici, la presenza del sangue e dei bacilli di Koch nelle feci, non sono affatto specifici.

Gli AA. hanno eseguito sistematicamente nei tubercolosi la ricerca dell'albumina solubile nelle feci con la reazione di Triboulet.

La tecnica della reazione è molto semplice. Si raccolgono le feci in un calice di vetro profondo, in quantità tale che esse non occupino più della metà del recipiente. Si aggiunge dell'acqua, preferibilmente distillata e si rimescola bene. In due provette molto simili si versano circa 3 cc. della diluizione così ottenuta e si portano a 15 cc. circa con acqua distillata. Si agita per capovolgimento. Una delle provette viene conservata come controllo; nell'altra si versano 20 gocce circa del reattivo di Triboulet (sublimato gr. 3,50, acido acetico cc.1, acqua distillata cc. 100). Si agita di nuovo per capovolgimento e si esaminano le due provette. In uno spazio di tempo che varia da un minuto a 24 ore la reazione si produce sotto forma di una modificazione dell'aspetto del liquido. Si possono presentare due casi: o la provetta in analisi non presenta alcuna sensibile differenza con la provetta controllo, ed allora la reazione è negativa; oppure la provetta è diventata interamente limpida con un precipitato più o meno voluminoso alla parte inferiore; e la reazione è positiva. Fra i due estremi, si possono osservare dei casi intermedi.

Le ricerche degli AA. hanno stabilito che la reazione non è rara nei tubercolosi e che, se la sua assenza non implica necessariamente l'assenza di ulcerazioni, la sua presenza indica sempre l'esistenza di un'ulcerazione.

C. TOSCANO.

Sugli errori di diagnosi nell'appendicite all'ospedale cantonale di Losanna.

(ANDRÉ MONTAUDON. *Rev. de la Suisse Rom.*, n. 10, agosto 1931).

L'operazione precoce costituisce il principio essenziale del trattamento dell'appendicite. Nell'ospedale di Lausanne ogni appendicite vista *nelle prime* 48 *ore* è operata immediatamente: ogni appendicite vista *dopo* 48 *ore* è operata a freddo.

Negli anni 1927 e 1928, 712 malati furono operati di appendicite, 448 a caldo, 264 a freddo. L'A. si domanda: in quale misura la diagnosi si verificò esatta?

Sembra che a *caldo gli errori* di diagnosi siano nella proporzione del 10 % negli uomini, e del 21 % delle donne; la frequenza esattamente doppia nella donna indica che un fattore importante di errore risiede nei disturbi ginecologici.

A *freddo* la proporzione rimane la stessa (27 % uomini, 51 % donne).

Lo studio accurato dei casi in cui la diagnosi fu completamente erronea, porta a queste conclusioni.

a) in una proporzione che si può valutare all'incirca 1/4 per gli uomini e 1/2 per le donne, vi fu confusione con una affezione estranea all'appendice, il più spesso ginecologica, o una enterite banale;

b) gli altri casi possono spiegarsi in parte con dei disturbi digestivi comuni e fugaci che abbiano simulata una appendicite;

c) poichè spesso la operazione ha avuto dei risultati felici, malgrado che non si sia trovato nulla alla operazione, qualche volta neppure al microscopio, si è autorizzati a dare importanza a dei disturbi anatomici in apparenza insignificanti, come delle tracce microscopiche di infiammazione, e ammettere che essi possano talora spiegare una crisi nettamente caratterizzata clinicamente.

Dallo studio accurato dei singoli sintomi allo scopo di vedere quali abbiano maggior valore a fine diagnostico l'A. trae queste massime: 1) non vi è appendicite senza dolore localizzato, ma anche se assai netto, non è caratteristico. 2) La difesa indica assai spesso la appendicite, ma può mancare. 3) Questi due sintomi cardinali sono solidali in una certa misura. Han valore più grande nell'uomo che nella donna, anche al di fuori dei fatti ginecologici. 4) Le nausee e i vomiti sono frequenti ma non predominanti nelle vere appendiciti acute. 5) Sembra che si trovi la stipsi piuttosto nelle appendiciti acute confermate e la diarrea nelle altre, ma questi disturbi non possono servire alla diagnosi. 6) Se ci si basa sull'insieme dei sintomi e su una specie di impressione clinica globale si constata che i

2/5 solamente dei casi vengono diagnosticati con esattezza. 7) Non vi è alcun sintoma, nè gruppo di sintomi che permetta di porre la diagnosi di appendicite acuta con sicurezza completa.

L'A. termina con alcune considerazioni sull'*appendicite neurogena di Masson*. Questo tipo anatomicamente avrebbe secondo lui una autonomia ormai ben stabilita, clinicamente no, onde essa deve essere considerata in pratica come una semplice varietà anatomo-istologica dell'appendicite cronica.

L. TONELLI.

La poliposi intestinale.

(R. BLASI. *La Riforma Med.*, n. 33, agosto 1931).

L'A. basandosi su due casi clinici che minutamente descrive fa un interessante quadro della poliposi che è bene ricordare nelle sue linee principali.

Sintomatologia: è variabilissima, non solo per la varia sede, ma per il variatissimo numero delle produzioni polipose. Essa predilige per lo più il retto, ed allora, si ha scolo mucoso più o meno abbondante, prolasso intermittente, e raramente espulsione di un polipo o di frammenti di essi. Se questi si ulcerano avvengono emorragie che possono essere l'unico sintomo di polipi situati un po' più in alto. In questi casi sono facili stenosi e invaginazioni.

I polipi più alti sono ancora più subdoli: stipsi alternata a crisi di pseudo-diarrea, emorragie scarse, dolori vaghi addominali. Le emorragie ripetute anche lievi possono dare anemia e abbattimento (Schmidt).

L'esame fisico comprende: esplorazione digitale e rettoscopia.

L'esame radiologico ha assunto grande valore: Fischer ha descritto un caratteristico aspetto ad alveare, ma in alcuni casi solo un radiologo provetto con accorgimenti speciali di tecnica (piccole quantità di liquido opaco secondo Fickenbusch, o con simultanea insufflazione secondo Fischer) può fare una diagnosi.

È grande merito del prof. Busi di avere distinto radiologicamente i tumori a sviluppo endocavitario che facilmente danno fenomeni di stenosi, come i polipi, dai tumori intraparietali che sviluppandosi nello spessore della parete intestinale ne provocano il graduale sfiancamento (sarcomi p. es.). Onde al radiologo non deve sfuggire anche di fronte al quadro radiologico più tipico di invaginazione o di stenosi (immagini a spiroide, estremo prestenotico a tanaglia col clisma opaco, immagine a fisarmonica, immagine a cipolla: Busi) la possibilità dell'esistenza di un polipo.

Diagnosi differenziale: 1) coi fecalomi: limitatamente spostabili, di durezza modificabile colla pressione, che scompaiono con purghe e clisteri. 2) col cancro: che si ha tra 40-60 anni, ed è raro nei giovani in cui si hanno invece i polipi; di solito è dolente alla pressione, mobilissimo specie in primo tempo. 3) il sarcoma è raro (1:100 carcinomi); il carcinoma nella forma anulare dà facilmente stenosi, mentre il sarcoma dà dilatazione fusiforme dovuta al fatto che per la sua origine nella submucosa o muscolare paralizza la muscolatura e quindi dà dilatazione dell'intestino. La età dei pazienti, la rapidità dell'evoluzione, il volume della neoplasia, la mancanza di stenosi fan fare diagnosi. 4) La sifilide intestinale: provoca aderenze tra le anse, reazione peritoneale, è rara; aiuta la diagnosi l'anamnesi, la R. W., altri segni di lues, 5) L'actinomicosi intestinale; rara. 6) La forma ipertrofica della tbc. intestinale; è svelata dai fatti generali, tosse, espettorato, febbre e dal b. di Koch. 7) La forma intestinale del morbo di Hodgking è sospettabile se vi è splenomegalia, prurito, febbre irregolare. 8) Nelle coliti la diagnosi si fa oltre che con l'esame delle feci, con il quadro radiologico (colon spastico, a cordicella, a rosario, aerocolia, ecc.) (Milani e Meldolesi).

Anatomia patologica: i polipi possono essere sessili o peduncolati, con peduncoli lunghi fino a 7 cm. (Cooke). Il volume da una nocciola arriva a quello di una arancia. Creano una mucosa di aspetto caratteristico, specie se sono abbondanti. La superficie dei polipi è ora liscia, ora lobata, ora finemente suddivisa in papille. Si è molto discusso se ne favorisca lo sviluppo uno stato di infiammazione cronica della mucosa. Aschoff pensa che in una poliposi vera e propria non si possano non ammettere, movimenti predisponenti insiti nella mucosa stessa. Il fatto che più interessa patologi e clinici è la capacità che essi hanno di trasformarsi in carcinomi.

In quanto alla loro origine sappiamo che questi polipi vengono dall'epitelio situato tra le glandole di Lieberkünh, e nel duodeno anche dalle glandole di Brunner. Sono cioè degli adenomi, tutti, per il Pianese, quasi tutti per gli altri autori non sono veri blastomi, ma produzioni iperplastiche o amartomi.

L. TONELLI.

I trattamenti endocrini e più specialmente il trattamento insulinico delle ulcere gastro-duodenali.

(A. CADE e PH. BARRAL. *Arch. des Mal. de l'App. Dig. e des Mal. de la Nutr.*, aprile 1931).

Gli AA., riferendosi alla medicazione paratiroidea, proposta da Moutier e Camus nella terapia dell'ulcera gastrica, mettono in evidenza che le basi fisiologiche di questa tera-

pia sono poco solide. L'esperienza personale degli AA. è inoltre troppo corta ed incompleta per permettere di esprimere un giudizio serio. Riguardo invece al trattamento insulinico essi affermano che, malgrado le incertezze che regnano sul suo modo d'azione, bisogna riconoscere che esso è suscettibile di produrre dei miglioramenti rimarchevoli. Forse è talora permesso di parlare di guarigione, ma occorre un criterio radiologico (scomparsa di una nicchia) per stabilire questa conclusione. Clinicamente la scomparsa dei sintomi non deve essere ritenuta come una prova di guarigione, perchè sono note le remissioni, talora prolungate, nell'evoluzione di un ulcus. Nondimeno l'applicazione del trattamento insulinico negli ulcerosi è giustificato sopratutto dalla scomparsa rapida, spesso osservata, dei fenomeni dolorosi. Bisogna però evitare l'insulina quando si suppone una neoplasia; d'altra parte i soggetti con stenosi organica o con perigastrite non ne traggono benefici. Infine il trattamento non può essere applicato a tutti i malati poichè esige una sorveglianza medica.

Se in generale esso è ben tollerato, può in qualche caso provocare degli incidenti. Si può del resto associare l'insulina all'ingestione preventiva di glucosio, che eviterebbe i fenomeni ipoglicemici e, secondo Recht, aiuterebbe l'azione benefica dell'insulina.

La dose di insulina deve essere debole (10-15 unità al giorno); il trattamento sarà continuato per 15-25 giorni; si potrà associare l'ingestione di 20-80 grammi di glucosio, 1/2 ora prima dell'iniezione. Infine converrà rifare a due o tre riprese, con intervalli di due o tre mesi, una nuova serie di 10-15 iniezioni, a titolo di cura complementare.

C. TOSCANO.

DIABETE.

Il fattore ereditario nel diabete.

(M. LABBÉ. *Bull. de l'Ac. de Méd.*, 22 giugno 1931).

Le statistiche fatte dai diversi autori circa l'importanza del fattore ereditario nel diabete hanno portato a risultati assai concordanti; esse ci dimostrano che gli antecedenti ereditari sono assai frequenti nei diabetici; la loro proporzione rappresenta presso a poco un quarto dei casi.

Dall'insieme di queste cifre risulta che gli autori ammettono in generale, che il diabete non è sempre ereditario. Nonpertanto certi autori accordano all'eredità un'importanza preponderante nella patogenesi del diabete e tendono a considerare l'eredità come costante.

Sembra all'A. che la quistione non sia stata considerata con sufficiente rigore, perchè si sono confuse insieme le diverse specie di diabete. Si è escluso, è vero, dalle statistiche le glicosurie di origine renale, il diabete innocente, le glicosurie di origine endocrina o epatica, ma questo non basta.

In effetti, fra i diabeti veri, esistono due tipi principali che sono, nella loro origine come nella loro sintomatologia e nella loro evoluzione molto diversi l'uno dall'altro: sono il diabete senza denutrizione azotata o diabete benigno ed il diabete con denutrizione azotata o diabete grave evolutivo.

Queste due forme di diabete non hanno la stessa fisionomia clinica nè la stessa patogenesi. È dunque importante distinguere questi due tipi per stabilire una statistica conveniente dell'eredità nel diabete.

Ma questa prima distinzione non basta; la nozione di eredità ha bisogno anch'essa di essere precisata. Bisogna cioè distinguere la vera eredità dalla educazione morbosa cioè dalla trasmissione di abitudini viziose dai parenti ai bambini dopo la nascita. L'educazione morbosa ha una grande importanza nella obesità e nel diabete. Quando un soggetto dotato di un appetito eccessivo si sovralimenta, esso diviene obeso e più tardi diabetico; è facile comprendere che la sua malattia è acquisita in seguito alla alimentazione eccessiva alla quale si è sottoposto. Perchè si possa parlare di eredità bisogna che nella vita dell'individuo non sia intervenuta dopo la nascita nessuna condizione suscettibile di creare la malattia.

L'A. dunque distingue fra i diabetici due tipi: il diabete grasso senza denutrizione azotata ed il diabete magro con denutrizione azotata. D'altra parte, distingue nettamente, fra le cause patogene, l'educazione morbosa dalla eredità.

Fondandosi su questi principi, l'A. ha fatto, con M. Landau, una statistica degli antecedenti ereditari su un totale di 957 diabetici ed ha ottenuto una proporzione di diabetici ereditari del 27,6 %. Distinguendo le due forme di diabete, ha ottenuto la proporzione del 20 % di eredità nel diabete senza denutrizione e del 35 % nel diabete con denutrizione. È evidente il ruolo preponderante dell'eredità nella genesi del diabete magro, grave, con denutrizione azotata e acidosi, in confronto della sua minore importanza nella genesi del diabete grasso.

Nel diabete grasso l'A. ha trovato quasi sempre come causa prima la sovralimentazione prolungata, che aveva condotto prima alla obesità, poi al diabete. Gli antecedenti familiari ritrovati in questi malati nella proporzione del 20 % non provano che sia intervenuta una trasmissione ereditaria; essi significano semplicemente che i parenti di questi si sono dedicati anch'essi alla sovralimenta-

zione e sono pervenuti così alla obesità ed al diabete.

Nel diabete magro invece non si trova altra causa capace di spiegare la malattia che l'eredità.

Se si considera più da vicino il meccanismo dell'eredità nel diabete magro con denutrizione, si constata che essa si ritrova nei fratelli e nelle sorelle nel 20 % dei casi, nei cugini nel 5 %, nei figli nel 5 %, nel padre nel 5 %, nella madre nel 0 %, nella nonna nel 5 % dei casi. È notevole la frequenza dell'eredità collaterale. In effetti, quello che si constata, il più spesso nel diabete grave e specialmente nel diabete infantile, è che due o più fratelli sono presi, simultaneamente o successivamente dalla stessa malattia ad età diversa, talora senza che si possa ritrovare l'origine della malattia nella eredità paterna o materna; forse l'eredità rimonta ad una generazione precedente. Sembra che vi sia malformazione, insufficienza di sviluppo dell'apparecchio insulare in tutta una generazione.

Secondo la statistica, il padre appare più spesso trasmettitore dell'eredità che la madre. La ragione di ciò è nel fatto che la donna diabetica è generalmente sterile o, se diviene incinta, porta difficilmente a termine la gravidanza, mentre l'uomo, per quanto presenti spesso qualche grado d'impotenza genitale, generalmente quando è giovane può generare.

Nel diabete senza denutrizione gli antecedenti diabetici si ritrovano nei fratelli e nelle sorelle nel 5 % dei casi, nella madre nel 7 %, nel padre nell'8,8 %, nella nonna nell'1,2 %. Ma non si tratta in questi casi di eredità certa, ma di genitori che hanno generato dei bambini che, per cattiva educazione sono poi divenuti diabetici, e di fratelli e sorelle che hanno acquisito il diabete perchè sono vissuti nello stesso ambiente e sotto l'influenza della stessa educazione morbosa.

L'influenza ereditaria che è all'origine del diabete con denutrizione azotata, si manifesta con una forza che confina con la fatalità? Assolutamente no. In effetti, l'eredità si ritrova nelle statistiche solo nella proporzione del 35 % dei casi. Si può però pensare che in molti casi l'eredità si manifesti attraverso un semplice disturbo della glico-regolazione, meno intenso di quello che si osserva nei diabetici.

Come comprendere il carattere familiare ed ereditario del diabete? Oggi la maggior parte degli autori considerano il diabete come un disturbo funzionale glicoregolatore di cui gli isolotti di Langerhans rappresentano l'elemento fondamentale. Essi concepiscono dunque la trasmissione ereditaria del diabete sotto forma di trasmissione della insufficienza langerhansiana. Il più spesso questa insufficienza non si manifesta al momento della nascita, ma resta latente per manifestarsi con il diabete o nei periodi più attivi dello sviluppo organico o nei soggetti che si sono sottoposti a suralimentazione.

La concezione ereditaria del diabete conduce a delle conseguenze pratiche. Circa il matrimonio dei diabetici, l'A. pensa che si possa permetterlo ai maschi, data la scarsa importanza della eredità paterna, ed anche alle donne, a condizione che prendano tutte le precauzioni possibili per evitare il concepimento che, malgrado l'insulina, minaccia sempre di essere fatale per la madre e per il figlio. Una sorveglianza igienica rigorosa deve essere poi esercitata nei bambini dei diabetici, per evitare di stancare, con una alimentazione troppo abbondante, il loro apparecchio glicoregolatore.

C. TOSCANO.

Le modificazioni dell'urea del sangue nel corso del coma diabetico.

(M. LABBÉ e R. BOULIN. *Annales de Médecine*, aprile, 1931).

In un certo numero di casi, approssimativamente la metà, il coma diabetico si accompagna ad una azotemia moderata, dell'uno per mille in media. Ad essa si associano diminuzione della escrezione ureica, albuminaria e cilindruria.

La presenza di questa azotemia non modifica in nulla gli altri caratteri classici del coma diabetico, ed in particolare non modifica la riserva alcalina, la glicemia e la glicosuria. Il tasso dei cloruri è fortemente abbassato nelle urine; nel sangue è variabile, piuttosto leggermente diminuito, ma questa diminuzione non è così evidente e così costante da permettere di concludere che ad essa sia dovuto l'aumento dell'urea del sangue. Il tasso dei corpi chetonici urinarî è poco elevato, ma in nessuno dei casi osservati dagli AA. essi facevano difetto. I segni clinici sono molto banali.

Circa l'origine di questa azotemia, tutti sono d'accordo nell'invocare l'origine renale. Resta a spiegare perchè in questi casi il rene ritiene l'urea. Esclusa che la causa possa trovarsi nell'astenia cardiaca e nell'ipotensione conseguente oppure nella cloropenia, bisogna accettare la teoria, ammessa da tutti, di una vera nefrite acuta contemporanea al coma.

Molti fattori sono stati incriminati come cause di questa nefrite, la poliuria, la glicosuria, l'acetonuria, l'acidità eccessiva delle urine, le abbondanti emissioni saline, perfino l'insulinoterapia. Senza che la cosa sia assolutamente dimostrata, si tende a riferire piuttosto al passaggio dei corpi chetonici le lesioni degenerative dei tubuli contorti.

L'azotemia complicante il coma diabetico

si installa sin dalle prime ore del coma e comporta un prognostico grave: nel coma diabetico complicato da ritenzione di urea, la morte si verifica due volte più spesso che nel coma diabetico senza azotemia. L'assenza di abbassamento dell'azotemia il secondo giorno del coma è un indice di cattivo augurio.

La morte sopravviene, secondo i casi, per acido-chetosi irriducibile, per collasso cardiaco oppure in condizioni oscure, archiviate sotto il termine uremia ma che, secondo gli AA., sono ancora indeterminate.

C. TOSCANO.

VASI SANGUIGNI.

Ricerche sperimentali sulla trombosi arteriosa, le arteriti, la gangrena, e sul valore comparativo delle legature arteriose e delle arteriectomie.

(STRICKER E ORBAN. *Journ. d. Chir.*, t. 36, n. 5).

Il lavoro prende le mosse dagli studi di Leriche sull'importanza che l'innervazione della parete arteriosa ha nel determinismo dei disturbi consecutivi alle obliterazioni arteriose e dai risultati spesso notevoli ottenuti con arteriectomie-estese in casi di arteriti obliteranti. Sembrerebbe in ultima analisi che il fattore nervoso parietale, per il tramite di riflessi vaso-costrittivi, abbia un'importanza uguale, se non maggiore, a quella del fenomeno ischemico nel determinismo dei disturbi da obliterazione arteriosa.

S. e O. hanno voluto studiare sperimentalmente la questione, ma i diversi tentativi per produrre gangrene sperimentali d'origine arteriosa, simili a quelle dell'uomo, fallirono allo scopo. Ciò non pertanto è stato loro possibile, in una seconda serie di esperienze, di studiare il valore comparativo delle legature e delle arteriectomie sul ripristino del circolo e sulla nutrizione del territorio interessato.

Le conclusioni a cui arrivano S. e O. sono le seguenti:

1) Non è possibile provocare nell'animale gangrene simili a quelle dell'uomo, nè *per iniezione di sostanze chimiche* (adrenalina, chinino-uretano, salicilato di sodio) nè per soppressione successiva delle arterie principali di un arto con *l'esclusione tra legature* e con soppressione di tutte le collaterali.

2) La *resezione completa successiva* delle arterie principali di un arto fino alla terminazione aortica è perfettamente tollerata purchè fatta a tappe. Queste resezioni sembrano meglio tollerate delle legature fatte su segmenti vascolari omologhi. La realizzazione di cani *senza arterie principali* degli arti dimostra che i disturbi di nutrizione sono dovuti ad altre cause che non all'obliterazione pura e semplice dei grossi bronchi arteriosi. Questa da sola non basta a realizzare la gangrena perchè si sviluppa di regola una circolazione supplementare (muscolare e sottocutanea) molto abbondante.

3) Con la soppressione massiva, in un sol tempo, della biforcazione aortica i cani non hanno il tempo di supplire con un adeguato circolo supplementare all'enorme diminuzione dell'afflusso sanguigno negli arti inferiori. L'azione vasodilatatrice della soppressione del simpatico periarterioso non basta a impedire la gangrena massiva; ma se si aggiunge un'azione simpatica più possente, come la *ramisezione lombare bilaterale* a livello di L_3 L_4, è possibile realizzare *in un sol tempo* questa grande soppressione arteriosa conservando in vita gli animali. L'azione vasodilatatrice enorme della ramisezione bilaterale permette lo stabilirsi di un circolo supplementare molto più rapido e aiuta i tessuti a superare lo stadio critico durante il quale i cani non ramisezionati muoiono.

Il lavoro è corredato da una buona documentazione arteriografica ottenuta con iniezione di minio.

G. PACETTO.

Un raro caso di guarigione spontanea di una trombosi traumatica della vena porta.

(RUPPRECHT. *Zent. f. Chir.*, 1930, n. 50).

Secondo una statistica di Küttner tutti i casi finora comunicati nella letteratura sarebbero stati seguìti da morte tranne uno descritto da Poelchen in un ragazzo di 7 anni che aveva avuto una contusione dell'addone ed era stata diagnosticata una trombosi della porta. La guarigione si ebbe in seguito ad una operazione alla Talma.

I casi di trombosi traumatica pura sono molto rari tanto che su 65 raccolti da Lissauer solo 1 presentava trombosi legata ad una infiammazione traumatica del pancreas.

Ordinariamente preesiste una malattia dello stomaco o dell'intestino. Vi sono dei casi dovuti a perforazione da corpi estranei. Un caso illustrato dall'A. ha un grande interesse per la guarigione spontanea avvenuta in circa 10 anni. Un uomo di 24 a. fino allora sano era stato colpito da un calcio di cavallo all'ipogastrio. Venne ricoverato in ospedale con forte meteorismo cui seguì ascite con esito in una prima puntura di 6 litri di liquido sieroso, con Rivalta positiva.

In seguito il liquido ascitico assunse il carattere del transudato. Poi si iniziò un edema allo scroto e alle gambe e quindi comparvero delle vene sottocutanee della parete addominale. Nello scroto si verificò una gangrena ed erisipela, con la perdita del testicolo sinistro.

In seguito furono fatte paracentesi con estra-

zione fino a 36 litri di liquido. Si verificarono 2 volte ematemesi. La 49ª punzione aveva dato 4 litri di liquido e dopo non si ebbe più ricomparsa dell'ascite.

Il circolo collaterale si era enormemente ingrandito con notevole sviluppo delle vene epigastriche che avevano raggiunto il diametro di 2 dita e si è verificata così la completa guarigione senza alcun intervento.

Anche nel caso dell'A. la patogenesi della trombosi deve essere legata al trauma e ad un fattore infettivo di cui fa fede l'essudato riscontrato nelle prime punture. Come nel caso di Frerich l'A. crede all'inizio di una peritonite adesiva che si è poi propagata alla porta.

Nel caso di Poelchen nel quale fu fatto l'intervento alla Talma si verificò lo sviluppo di un gruppo di vene periombelicali per cui anche in quel caso si può pensare che alla guarigione abbia contribuito il mezzo individuale proprio del circolo collaterale. Il caso dimostra che si può verificare una guarigione spontanea senza intervento. R. BRANCATI.

Aneurisma arterovenoso complicato ad embolia. Sulla resezione arteriosa in un caso di embolia degli arti.

(R. GRÉGOIRE BULL. *Mém. Soc. Nat. de Chir.*, n. 5, 1931, p. 183).

L'A. si riporta ai concetti sostenuti da Leriche, il quale con prove chimiche e sperimentali della sua scuola ha dimostrato che l'embolectomia è una operazione illusoria, poichè non agirebbe l'asportazione del coagulo, ma la reazione vasomotrice prodotta dall'atto chirurgico sulla circolazione dell'arto leso.

All'uopo Grégoire illustra una osservazione del massimo interesse per tale tesi e non meno interessante perchè l'embolia fu conseguente al aneurisma arterovenoso.

Si trattava di un uomo di 42 a. il quale tentò di uccidersi con rivoltella, di cui la pallottola raggiunse il cavo ascellare sinistro il 9 ottobre 1930. Dieci giorni più tardi comparvero i segni di un aneurisma arterovenoso dei vasi ascellari di sinistra. Due mesi più tardi scomparsa spontanea dei segni più netti e più incomodi dell'aneurisma arterovenoso. Tre mesi dopo l'incidente iniziale, il 13 gennaio 1931, comparsa brusca dei fenomeni ischemici a livello dell'arto superiore sinistro, lentamente aggravantisi nei giorni successivi.

Il 20 gennaio 1931 Grégoire l'operò scoprendo i vasi ascellari e seguendo di poi l'omerale lungo il suo decorso. La vena era dilatata, l'arteria era circondata da una infiltrazione ematica, per cui era difficilmente isolabile. Assenza di trill e circolazione regolare nei vasi arteriosi e venosi ascellari. La omerale pulsava fino al disotto della ramificazione della omerale profonda. Da tale punto fino a livello della piega del gomito l'arteria è ridotta un cordone duro, rotondo. Legatura ed asportazione del tronco della omerale obliterato per circa 13 cm. di lunghezza.

Dopo 6 ore i fenomeni ischemici andarono scomparendo, e con l'ausilio di bagni caldi ecc. la circolazione migliorò progressivamente, fino a ritornare quasi al normale l'arto superiore sinistro, residuando soltanto una tinta bluastra a carico del medio.

L'A. mette in rilievo la importanza della guarigione spontanea dell'aneurisma arterovenoso. Fa presente la evenienza dell'embolia occorsa nel caso illustrato a punto di partenza del focolaio aneurismatico. Ma il maggior interesse è dato dal risultato operatorio offerto dalla resezione arteriosa su un arto di cui l'arteria principale era ostruita da un embolo. V. JURA.

Importanza della coagulazione sanguigna nella patogenesi delle flebiti e delle embolie postoperatorie.

(PICOT. *Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, n. 7, 28 febbraio 1931).

L'A. da 5 anni (commentando le ricerche di Bloch) si è voluto rendere conto dello stato della coagulazione del sangue nelle ammalate prima della operazione di isterectomia per fibroma, per studiarne il legame eventualmente esistente tra le modificazioni della coagulabilità e l'insorgenza delle flebiti ed in conseguenza per assoggettare le ammalate ad un trattamento opportuno.

Picot ha ricercato la coagulabilità del sangue nelle ammalate a digiuno pungendo un dito e facendo cadere tre goccie di sangue su 3 vetrini, i quali venivano immediatamente messi sotto una campana di vetro, al riparo dalle correnti di aria, dal calore. La coagulazione si apprezzava allorchè la goccia di sangue non si deformava inclinando il vetrino. Il tempo è scelto con la media di quello dei 3 vetrini. Dalle sue ricerche risulta che il tempo di coagulazione normale oscilla tra 17-18 minuti.

Dopo un intervento chirurgico si hanno spesso delle modificazioni, diminuendo od aumentando il tempo di coagulazione. Quelli che l'avevano normale potevano avere un accorciamento od un allungamento; quelli che lo avevano anormale, in eccesso od in difetto, se dopo un opportuno trattamento la coagulazione ritornava al normale o quasi prima della operazione, dopo di questa se non si continuava la cura si ritornava alle condizioni precedenti.

L'A. illustra una serie di casi di altri operati nei quali la comparsa di flebiti coincideva, nel periodo postoperatorio, con un eccesso di potere di coagulazione. Egli ha scelto i suoi

esempî tra donne operate per fibromi, perchè più frequentemente si hanno flebiti dopo tali operazioni; ma esse si verificano anche in tutte le donne per anemie postoperatorie, nelle quali la coagulazione è specialmente rapida.

L'A. riporta le osservazioni di pazienti operati per emorroidi, per appendicite, ernia inguinale o per fibromiomi dell'utero; in essi il tempo di coagulazione era molto ritardato ed in un caso anche assente la coagulazione; si ebbe in tutti questi casi embolia, in 2 casi mortali. Picot in base a queste indagini sistematicamente prima di operare si assicura delle condizioni di coagulabilità del sangue, e poi si assicura con esami ulteriori praticati nel periodo postoperativo che essa resti normale. Quando intervengono alterazioni durante il decorso postoperatorio, casi come quando preesistono all'operazione, ha praticato cure adatte a riportare in limiti normali il tempo di coagulazione.

Su 1.050 casi osservati, 770 sono stati operati e seguiti. Su 167 isterectomie totali o subtotali, di cui 99 per fibromi, ha avuto un solo caso di embolia e nessun caso di flebite.

Su 295 casi di appendicite acuta, subacuta o cronica una embolia.

Di 133 casi di fibromi 25 avevano coagulazioni normali, 52 ipercoagulazione, 56 ipocoagulazione. V. JURA.

L'ATTUALITÀ SCIENTIFICA

L'anatomia patologica dell'ergosterismo.

(M. CAPOCACCIA. *Accademia Medica*, 15 agosto 1931).

L'A. riassume in una breve comunicazione i dati fondamentali raccolti in una lunga serie di esperienze condotte su di una sessantina di animali (topolini, ratti, conigli, piccioni). I reperti anatomopatologici ottenuti e le corrispondenti modificazioni dei valori considerati atti ad esprimere l'alterato biochimismo del sangue e dei succhi cellulari sono tali da permettere di impostare in questi termini il problema dell'anatomia patologica dell'ergosterismo.

1) L'ergosterina irradiata somministrata agli animali da esperimento a dosi enormemente superiori a quelle considerate come terapeutiche dimostra sempre uno spiccato potere tossico;

2) l'azione tossica dell'ergosterina irradiata si manifesta con profonde alterazioni dell'apparato digerente, dell'apparato uropoietico, dell'apparato cardio-vascolare, delle ghiandole a secrezione interna e del sistema reticolo endoteliale: queste alterazioni sono più o meno gravi e combinate fra di loro nel modo più vario in rapporto con le dosi del preparato usato, ma sopratutto con condizioni di alimentazione (contenuto calcio lipoidico degli alimenti) e con condizioni individuali;

3) caratteristica principale delle lesioni da ergosterina irradiata è l'affinità che i tessuti colpiti acquistano per i sali di calcio cosicchè si hanno deposizioni e precipitazioni di calcio nei più vari tessuti. Alla affinità per i sali di calcio si accompagna una imbibizione lipoidea dei tessuti che crea uno stato di colesteatosi diffusa con larga partecipazione del tessuto reticoloendoteliale che appare in uno stato di attività proliferativa e sovraccarico in tutti i suoi elementi di granuli lipoidei;

4) la ergosterina irradiata determina precocemente un quadro di aterosclerosi sperimentale paragonabile ma non identico a quello che si ottiene solo con la ipercolesterinemia sperimentale e solo dopo molti mesi di trattamento. C. TOSCANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

C. SACERDOTTI. *Patologia generale.* Vol. in-8° di pagg. 630. Torino, U. T. E. T., 1931, Lire 55.

Questo volume, recentemente pubblicato nella bella edizione della Unione Tipografica Editrice Torinese, espone tutte quelle nozioni che sono necessarie che lo studente apprenda per formarsi una solida base sulle dottrine generali e fondamentali delle malattie.

Semplice, nitida, chiara, esatta, l'opera è l'espressione della mente dell'Autore che, durante il suo oramai lungo magistero, si è preoccupato di contribuire a formare piuttosto che degli eruditi, dei buoni medici. Il libro, pertanto, non è un'opera da consultazione, ma un manuale didattico.

Alla sobrietà della trattazione non va disgiunta la necessaria ampiezza. Infatti nelle 623 pagine, dopo gli indispensabili cenni introduttivi sul concetto di malattia, sull'evoluzione dei processi morbosi, sulla guarigione e sulla morte, sono svolti i processi patologici fondamentali, regressivi e progressivi, i trapianti e gli innesti, i blastomi, la fisiopatologia della circolazione, l'infiammazione, le alterazioni della termoregolazione, la fisiopatologia delle secrezioni interne e, finalmente, l'eziologia generale comprese le dottrine immunitarie.

Non si trova in questo manuale la trattazione della fisiopatologia dei diversi sistemi organici, perchè, come avverte l'Autore nella prefazione, « in generale ciò è ampiamente esposto nei corsi delle Patologie Medica e Chirurgica, e delle Cliniche speciali ».

Nell'opera le citazioni degli AA. sono poche

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

e le esistenti riguardano specialmente gli Italiani. Non vi è sfoggio di dottrina; le teorie emesse per spiegare i singoli fenomeni sono ridotte il più possibile per offrire al lettore ciò che è veramente, solidamente acquisito alla scienza e per non stancare lo studente con disquisizioni, se non inutili, almeno non necessarie.

È, pertanto, da ritenersi che la gioventù studiosa, anche quella che non segue le lezioni orali del Sacerdotti, sarà grata al Maestro che le offre un libro nel quale nulla vi è di superfluo e di cui non possono essere discusse l'esattezza e la chiarezza non disgiunte dalla opportuna sobrietà; e gli sarà riconoscente anche il medico pratico che voglia avere una esposizione semplice e piana dello stato attuale della biologia patologica.

E. E. FRANCO

PASTEUR-VALLERY-RADOT e L. ROUQUÈS. *Les phénomènes de choc dans l'urticaire.* Editori Masson & C.ie, Parigi. Prezzo Frs. 25.

In questo libro gli autori descrivono le diverse varietà etiologiche di orticaria: le orticarie alimentari, medicamentose, parassitarie, emotive, da sforzo, da caldo, da freddo.

Discutono per ciascuna di queste varietà la parte determinante rispettivamente in rapporto allo choc, all'intossicazione, alla perturbazione del sistema vegetativo, all'infezione.

Quindi passano in rivista i metodi di desensibilizzazione e di modificazione umorale impiegati nell'orticaria e nelle malattie colloidoclasiche, e ne indicano i vantaggi e gli inconvenienti.

DR.

CHAMBAS. *La vie, propriété physique.* Editore Maloine, Parigi. Prezzo Fr. 5.

Breve saggio bio-filosofico tendente a dimostrare che nessuna differenza esiste fra i fenomeni fisico-chimici e quelli vitali. La vita è una delle forme dell'attività della materia.

Malgrado l'ampollosità del titolo il contenuto di questo volumetto è povero. Le idee sostenute non sono nuove, e gli argomenti per sostenerle non sono i meglio persuasivi.

DR.

O. SCHWARZ. *Medizinische Anthropologie.* Editore S. Hirzel, Lipsia.

È un ampio studio dell'uomo nella sua costituzione somatica e psichica, come faciente parte della natura.

Descrive i varî tipi umani e analizza i varî fattori che hanno concorso a costituirli.

Precisa il tipo di uomo normale e le sue deviazioni che costituiscono l'uomo malato e le condizioni essenziali della malattia.

Indica quali cause inducano queste anomalie e quali i mezzi per evitarle e correggerle.

DR.

RIVISTE SINTETICHE

ISTITUTO DI RADIOLOGIA E TERAPIA FISICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PERUGIA

diretto dal prof. EUGENIO MILANI.

Lesioni da elettricità

(con speciale riguardo alle lesioni prodotte da apparecchi elettromedicali).

Prof. BRUNO BELLUCCI, aiuto.

(*Continuazione e fine; ved. num. prec.*).

CAPITOLO NONO.

LA QUESTIONE DELLE RESPONSABILITÀ NEGLI ACCIDENTI DA ELETTRICITÀ.

È evidente che la questione delle responsabilità non può essere mai presa in esame, o quasi mai, nelle lesioni da elettricità atmosferica, le quali rivestono il carattere di vera ed imprevedibile accidentalità. Anche in casi di folgorazione verificatasi in edifizi protetti da parafulmini non è possibile in genere ammettere delle responsabilità a carico delle Ditte che hanno eseguito l'impianto dei parafulmini stessi, date le quantità incalcolabili di energia in giuoco, e le mutevolissime condizioni in cui può verificarsi la scarica. Naturalmente debbono essere esclusi, mediante accurate perizie, gravi difetti tecnici nell'impianto, e specialmente nei collegamenti fra i conduttori e negli scarichi a terra, che, come abbiamo visto in un precedente capitolo, possono, se difettosi, rendere pericoloso, anzichè protettivo, l'impianto dei parafulmini. Per quanto riguarda le responsabilità nelle lesioni da corrente elettrica per uso industriale o domestico, non è il caso di parlarne perchè esistono in proposito dettagliate disposizioni di legge (legge n. 232 pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* del 16 giugno 1894, sulla trasmissione a distanza delle correnti elettriche destinate al trasporto ed alla distribuzione dell'energia per uso industriale; e relativo regolamento per l'esecuzione di detta legge, in data 25-10-1905) che stabiliscono in modo particolareggiato ogni dettaglio di tecnica atto ad impedire danni alle persone, agli animali ed alle cose, fissando quindi esattamente i limiti delle responsabilità. Rimane quindi a considerare la questione delle responsabilità solo nel caso di accidenti da elettricità prodotta da apparecchi elettromedicali. A questo proposito bisogna distinguere vari casi, a seconda dei quali l'assegnazione delle responsabilità varia in modo grandissimo.

1° caso: Gli apparecchi sono in stato di funzionamento normale, ed ogni loro parte si trova perfettamente sana e nelle stesse condizioni di luogo e di uso stabilite dalla Ditta costruttrice al momento del collaudo. In questo caso è evidente che la responsabilità dell'accidente è quasi sempre da attribuirsi al medico proprietario dell'apparecchio, anche se l'accidente avviene in un momento in cui il medico è assente e l'apparecchio è fatto funzionare da persona da lui incaricata. Ciò tanto nel caso in cui si tratti di lesioni che superino per intensità o durata o conseguenze l'effetto lesivo che si voleva ottenere a scopo di cura, quanto nel caso in cui si tratti di accidente lesivo completamente inaspettato ed indesiderato. Si rientra

quindi in questo caso nel disposto dell'art. 375 del Codice Penale (Chiunque per imprudenza, o negligenza, ovvero per imperizia nella propria arte o professione, cagiona, ecc.) ad eccezione di quei casi, di cui ci siamo occupati nel precedente capitolo sui fattori individuali, che rendono variabili gli effetti dell'elettricità sull'organismo, casi di ipersensibilità non sempre prevedibili o dimostrabili in precedenza, anche con accurate indagini obiettive ed anamnestiche.

2° caso: Gli apparecchi sono in stato di perfetto e normale funzionamento, ma presentano in alcune delle loro parti interne od esterne, o nel modo di uso, delle modificazioni che sono state apportate dalla persona che usa gli apparecchi stessi, o da altra da lui incaricata, e ciò dopo che la Ditta costruttrice ha collaudato e consegnato l'apparecchio, e ad insaputa della Ditta stessa.

In questo caso, a maggior ragione del precedente, la responsabilità dell'accidente ricade sul medico proprietario degli apparecchi, il qual proprietario assume anche la responsabilità delle riparazioni, o modificazioni costruttive, o variazioni di uso, introdotte negli apparecchi stessi. Rimangono naturalmente le eccezioni, di cui nel caso precedente, relative alla variabilità degli effetti dell'elettricità sull'organismo.

3° caso: Gli apparecchi presentano dei guasti in qualcheduna delle loro parti interne od esterne, dipendenti dall'uso normale e diligente degli apparecchi stessi. Questo è il caso più difficile sotto il punto di vista delle responsabilità. Il recente caso di fulminazione avvenuto in Milano, per mezzo di un apparecchio di diatermia, di cui ci siamo già occupati in un precedente capitolo è da attribuire precisamente ad un guasto avvenuto in seguito al lungo uso dell'apparecchio. Si è infatti spezzato, per le ripetute flessioni e controflessioni, avvenute per il lungo uso, uno dei fili che adduceva la corrente diatermica al paziente, e questo filo è caduto col suo estremo spezzato sul trasformatore ad alta tensione, convogliando sul paziente la scarica mortale. Di chi la colpa? Della casa costruttrice o del medico? Ricorriamo ad un esempio: uno chauffeur compera una automobile nuova per servizio di piazza, e la usa per varie diecine di migliaia di chilometri senza alcun inconveniente. Senonchè un bel giorno, dopo molto uso, in una discesa si spezza una corda del freno e l'automobile si rovescia provocando la morte di una delle persone trasportate. In questo caso nessuno credo possa chiamare responsabile la Ditta costruttrice della automobile, tranne che nel caso in cui l'accidente si fosse verificato subito dopo la consegna della macchina o pochissimo tempo dopo, nel qual caso sarebbe stato invocato un difetto di costruzione (caso n. 4). È invece il proprietario della macchina che deve sapere che alcune parti della stessa vanno incontro al logorio con l'uso, e pertanto deve farsi parte diligente e ricercare con accurate visite periodiche di controllo lo stato di logorìo delle parti dalle quali dipende la sicurezza della marcia. Nè vale, a mio parere, il fatto che alcune di queste parti soggette a logorio sono in posizione difficile ad essere esaminate, e tali quindi da sfuggire ad un esame superficiale ed esterno. Il proprietario della macchina deve avere quelle cognizioni tecniche necessarie per eseguire tali revisioni periodiche, o, tutt'al più, deve rivolgersi a persona specializzata capace di farlo, in modo da evitare danni provenienti dall'uso di quella macchina. Ma, a mio parere, in un accidente simile non si può parlare di imprevedibilità, nè il proprietario della macchina può sottrarsi alla responsabilità dell'accidente avvenuto.

Il caso avvenuto a Milano è completamente simile, come considerazioni tecniche, *mutatis mutandis*, al caso della automobile nella quale si spezza la corda del freno. Ma è differente notevolmente per un'altra questione: allo chauffeur che vuol condurre una automobile, od al meccanico che vuol condurre una caldaia a vapore (molto più facili ad usarsi di un apparecchio radiologico od elettroterapico) la legge richiede una patente, che rappresenta la prova di esami superati e della presunta conoscenza tecnica completa e perfetta della macchina che egli usa. Al medico che si serve di apparecchi elettromedicali, il cui uso apparentemente facile nasconde insidie e pericoli, la legge non richiede alcuna prova di speciale conoscenza particolare della teoria e dell'uso pratico di tali apparecchi (titolo di specialista). Dunque il medico non è tenuto, per legge, a conoscere come sono costruiti e come funzionano gli apparecchi elettromedicali che egli adopera, e pertanto sfugge, attraverso questa porta aperta, alla responsabilità che, come abbiamo visto, non può addossarsi nemmeno alla Ditta costruttrice. Infatti come può l'art. 375 del Codice Penale parlare di responsabilità nel caso di « imperizia » nella propria arte o professione, quando la legge non richiede la « perizia » specifica, ossia la conoscenza perfetta, al medico che vuol usare apparecchi elettromedicali? Si può rispondere che il medico, nel corso dei suoi studi di medicina, deve aver appreso le cognizioni necessarie per servirsi di tali apparecchi, come deve avere appreso l'uso del bisturi o della ricettazione. Ma deve osservarsi però che l'insegnamento di tali argomenti, quand'anche avvenga, non può addentrarsi in particolari di tecnica costruttiva, che invece il vero medico specialista deve conoscere. E poi deve essere considerato che l'insegnamento di tali nozioni è cosa del tutto recente, che si pratica nelle Università, e non in tutte, solo da pochi anni, e che quindi i medici laureati vari anni addietro non hanno mai sentito parlare di tali argomenti nelle aule universitarie.

La responsabilità del medico in questi casi potrebbe essere in parte stabilita dalle parole « imprudenza e negligenza » dello stesso articolo del C. P., le quali parole, invero molto vaste ed elastiche, fanno comprendere come il medico debba usare prudenza e diligenza nel disimpegno della propria professione. Ma come è concepibile la prudenza e la diligenza nella esecuzione di un dato lavoro senza la perizia specifica, che la legge non richiede?

Si impone quindi, a mio parere, che la legge prescriva tassativamente, in chi voglia usare apparecchi elettromedicali, quella patente che è rappresentata dal titolo ufficiale di specialista, patente che stabilisce nettamente le responsabilità ed è sicura salvaguardia della salute dei terzi.

E sempre a questo proposito sarebbe consigliabile che le Ditte costruttrici di apparecchi elettromedicali, nel consegnare l'apparecchio, facessero notare che in esso vi sono delle parti che con il

lungo uso possono deteriorarsi con conseguenze pericolose.

4° caso: Gli apparecchi presentano dei guasti in qualcheduna delle loro parti interne od esterne, derivanti da difetti di costruzione. Questo caso non può dar luogo ad incertezze nella questione della assegnazione delle responsabilità, perchè troppo evidente ed esclusiva è la responsabilità della Ditta costruttrice, quando risulti in modo chiaro e dimostrato che il guasto dell'apparecchio, che ha causato la lesione, dipende da difetto costruttivo. Ed anche in assenza di guasti, se esiste un difetto costruttivo tale che possa portare per conseguenza danni o lesioni a terzi (ad es.: apparecchi di misura non esatti) è evidente che la responsabilità ricade sulla Ditta costruttrice dell'apparecchio, purchè naturalmente sia dimostrato che gli apparecchi non abbiano subito modificazioni o manomissioni, che, rientrando nel caso n. 2, scaricherebbero da ogni responsabilità la Ditta costruttrice. Ed a questo proposito, va ricordato che il periodo di garanzia, offerto dalle Ditte costruttrici, è considerato dalla legge come periodo utile per il riconoscimento di eventuali difetti di costruzione, al di là del quale cessa la responsabilità da parte della Ditta costruttrice.

5° caso: Gli apparecchi presentano dei guasti in qualcheduna delle loro parti interne od esterne, dipendenti da errate manovre da parte di chi usa gli apparecchi stessi. Il caso non ha bisogno di dimostrazione, perchè è evidente che in esso la responsabilità ricade totalmente ed unicamente sul medico proprietario dell'apparecchio, e ciò anche se la errata manovra fosse stata eseguita da persona diversa dal medico, ma da questi incaricata. Infatti il medico proprietario o consegnatario dell'apparecchio risponde personalmente anche degli eventuali danni provocati da persone che egli tiene alle sue dipendenze ed a cui affida l'uso degli apparecchi.

6° caso: Gli apparecchi presentano dei guasti in qualcheduna delle loro parti interne od esterne, ma presentano anche le riparazioni o modificazioni costruttive di cui al caso n. 2. Naturalmente in questo caso è esclusa da ogni responsabilità la Ditta costruttrice dell'apparecchio. Circa la responsabilità del medico proprietario dell'apparecchio, essa non può essere a priori nè ammessa nè negata. Occorre infatti dimostrare in anticipo se le riparazioni o modificazioni fatte sono state eseguite in modo tecnicamente e scientificamente perfetto, o se invece possono aver facilitato la produzione del guasto che ha causato la lesione. In base a tale esame può stabilirsi se sul medico ricadono o no delle responsabilità, e se il caso possa rientrare in uno degli altri casi contemplati precedentemente.

Un ultimo quesito sullo stesso argomento: su chi ricade la responsabilità di eventuali lesioni prodotte da apparecchi acquistati di seconda mano? Per tutte le considerazioni sopra esposte, evidentemente la Ditta costruttrice va esclusa in ogni caso, a meno che non sia ancora trascorso il periodo di garanzia, nel qual caso però va esaminato se l'apparecchio sia stato usato sempre secondo le indicazioni fornite dalla Ditta, soprattutto per quanto si riferisce alla corrente di alimentazione. Trascorso il periodo di garanzia la Ditta è libera da ogni responsabilità. Il medico che ha rivenduto l'apparecchio può essere chiamato responsabile? Io non credo, anche se si dimostrasse che durante il periodo in cui l'apparecchio è stato usato dal primo medico, ne fosse stato fatto un uso poco diligente o fossero state apportate riparazioni o modificazioni costruttive. Ciò perchè quando si procede ad un acquisto, la persona che acquista deve farsi parte diligente esaminando accuratamente il materiale che si intende acquistare, e provandone il funzionamento; quindi con l'atto dell'acquisto si esonera il precedente proprietario da ogni responsabilità. Rimane quindi da stabilire se questa ricade o meno sul medico ultimo acquirente, in base a quanto è stato detto nei precedenti casi descritti.

APPENDICE.

SULLA POSSIBILITÀ CHE LE ONDE HERTZIANE RADIOTELEGRAFICHE E RADIOTELEFONICHE PRODUCANO EFFETTI DANNOSI SULL'ORGANISMO.

Nel capitolo in cui ci siamo occupati delle correnti di alta frequenza abbiamo visto come uno dei metodi indiretti di applicazione è l'auto-conduzione; il paziente, situato nella gabbia solenoide del D'Arsonval, ed isolato da ogni comunicazione elettrica diretta, subisce l'effetto delle correnti ad alta frequenza. Questo modo di applicazione elettroterapica rappresenta il punto di passaggio fra l'elettroterapia e la radioterapia (intesa in senso generico di terapia con radiazioni di qualsiasi natura). Infatti le correnti di alta frequenza constano di onde elettromagnetiche appartenenti al gruppo delle oscillazioni hertziane, e rappresentano perciò una forma di energia radiante che in parte viene trattenuta e trasformata nel corpo umano, in parte si disperde nello spazio analogamente alle onde radiotelegrafiche e radiotelefoniche. Si è già detto che l'organismo sottoposto a tali correnti di alta frequenza nella gabbia solenoide del D'Arsonval, subisce una elevazione di temperatura, che può giungere a gradi elevati. Recentemente sono stati fabbricati degli apparecchi simili per principio teorico, ma differenti come costruzione dalla gabbia del D'Arsonval, i quali apparecchi consistono in un piccolo lettino su cui viene adagiato il paziente; al disotto del lettino vi è un apparecchio produttore di onde hertziane di breve lunghezza d'onda, simile in tutto ad un radio trasmettitore ad onde corte. Il paziente dopo qualche tempo subisce un notevolissimo aumento di temperatura, una vera e propria febbre artificiale, che si è anche tentato di utilizzare come trattamento curativo della paralisi progressiva, in sostituzione della piretoterapia malarica. Questo apparecchio è stato utilizzato anche in terapia di alcune forme morbose, e specialmente di forme cancerigne, con risultati che sembrano incoraggianti, come recentemente ha riferito in un suo lavoro l'Attilj. Naturalmente gli apparecchi destinati a produrre l'ipertermia differenziano come principi costruttivi dagli apparecchi destinati a servire come mezzo terapeutico di forme cancerose, nei quali ultimi non si richiede di giungere all'effetto termogenetico; ma si tratta sempre di apparecchi produttori di onde hertziane di breve lunghezza. Recenti esperienze hanno anche dimostrato che, ponendo delle gabbie con dei topolini in prossimità di apparecchi generatori

di onde hertziane corte, e facendo funzionare questi apparecchi per un tempo più o meno lungo, i topolini vanno soggetti ad una ipertermia, che è proporzionata alla durata della applicazione ed alla distanza maggiore o minore dell'apparecchio generatore di onde, ipertermia che può giungere sino a tale grado da provocare la morte degli animali, senza alcun contatto con i circuiti percorsi da corrente elettrica. Ma la elevazione della temperatura non è il solo effetto che tali oscillazioni elettromagnetiche producono; è noto infatti che con la gabbia solenoide del D'Arsonval si hanno anche altri effetti importanti sull'organismo, effetti che non possono essere spiegati con l'aumento della temperatura. Si ha infatti un miglioramento del trofismo, una iperattività ghiandolare endocrina, una azione sedativa sul sistema nervoso, un aumento del numero delle emazie e del tasso emoglobinico. Nel campo sperimentale va ricordato che Rosenthal, per mezzo delle oscillazioni elettromagnetiche prodotte da un solenoide, è riuscito a decomporre l'amido sospeso nell'acqua, a trasformare proteine in albumose e peptoni, ed ha notato questo importantissimo fenomeno: che ciascuna di queste trasformazioni avviene solamente per mezzo di oscillazioni di una determinata frequenza. Recentemente è stato osservato che le onde hertziane hanno anche influenza sulla cementazione dei metalli. Altre esperienze eseguite dal Bordier, dal Rivera, dal Petri, ed altri AA. hanno dimostrato che dei semi di piante sottoposti all'azione di oscillazioni hertziane, subivano un notevole ritardo nel tempo di germogliamento, in confronto dei semi tenuti al riparo da ogni oscillazione elettromagnetica. Moltissime altre esperienze simili sono state eseguite da altri AA. sempre con identici risultati. Non vi è dubbio quindi che queste onde elettromagnetiche del gruppo delle onde hertziane, analogamente alle altre onde della serie discendente della scala delle radiazioni, esercitino una azione sui protoplasmi viventi. L'intima essenza di tale azione deve essere la stessa che viene esercitata dai raggi infrarossi, luminosi, ultravioletti, Röntgen e gamma, e probabilmente deve consistere in perturbazioni delle cariche elettriche delle sostanze costituenti le cellule. Il Kowarschik ritiene che la propulsione degli joni, lanciati gli uni contro gli altri dalle rapidissime oscillazioni elettromagnetiche, debba produrre col loro cozzo sviluppo di calore, ed alterazioni nell'equilibrio atomico tali da provocare reazioni fisico-chimiche. Probabilmente l'effetto finale di tali oscillazioni si verifica attraverso modificazioni colloidali, che formano la trama più delicata e vitale del protoplasma. Il Bordier a questo proposito esclama: « Si comprende quale scompiglio formidabile debba prodursi nel mondo molecolare che popola i tessuti viventi, quando essi sono esposti alla azione delle oscillazioni elettromagnetiche di alta frequenza! ». Sembra tuttavia che l'azione biologica delle onde elettromagnetiche tenda ad aumentare a mano a mano che dalla massima lunghezza delle oscillazioni (onde hertziane) si procede verso l'altro estremo, rappresentato dai raggi X e dai raggi gamma del radio, e che con l'aumento dell'effetto biologico si manifesti sempre più la tendenza alle proprietà distruttrici ed abiotiche verso i protoplasmi. Ma questa differenza di intensità ed anche qualitativa degli effetti può essere attribuita alla quantità di energia in giuoco ed al fatto che, nel caso delle oscillazioni brevissime da raggi X e da Radio è più facile la localizzazione e la limitazione delle radiazioni su di un dato campo, con minor tendenza alla dispersione di energia, che invece è grandissima nel caso delle onde hertziane che si irradiano sfericamente nello spazio.

Da quanto sopra detto sorge spontanea la domanda: possono le oscillazioni elettromagnetiche, usate in radiotelegrafia e radiotelefonia, apportare qualche effetto più o meno dannoso sull'organismo? La domanda è oggi naturale, quando si pensi alla enorme diffusione che hanno assunto le stazioni trasmittenti radiotelegrafiche e radiotelefoniche; alle intensità sempre crescenti usate (si parla oggi di centinaia di Kilowatt-antenna!); al fatto che le onde possono, anzichè diffondersi sfericamente nello spazio, essere convogliate a fascio verso una data direzione, con notevolissimo aumento di intensità per concentrazione del fascio di radiazioni; al fatto che l'azione delle oscillazioni hertziane può essere accresciuta dalla sommazione e dalla interferenza delle varie onde; quando si pensi infine che non vi è mai un solo istante del giorno e della notte, sia durante la veglia che durante il sonno, nè alcun luogo sulla superficie della terra, sia all'aperto che nell'interno delle nostre abitazioni, ed anche nei luoghi e nei momenti in cui ci crediamo più chiusi ed isolati, non vi è mai un solo istante in cui il nostro organismo non sia continuamente sottoposto all'incessante bombardamento delle oscillazioni elettromagnetiche hertziane, che incrociandosi da ogni direzione, provengono da tutte le stazioni radiotelegrafiche e radiotelefoniche oggi in funzione. I nostri sensi non ci rivelano nulla di questo caos che ci circonda, di questa perturbazione continua e senza tregua del mezzo in cui viviamo; noi fisicamente non avvertiamo alcuna differenza nelle nostre condizioni anatomiche e fisiologiche in confronto del periodo pre-hertziano, quando nessuna oscillazione elettromagnetica penetrava nelle nostre case, all'infuori di quelle prodotte dalla natura: luce, infrarosso, ultravioletto, raggi delle sostanze radioattive, e radiazioni cosmiche. Ma siamo per questo autorizzati ad escludere in modo assoluto che le onde hertziane abbiano un qualche effetto sul nostro organismo? Non credo. È noto infatti che, se per noi passa completamente inavvertita questa ridda di radiazioni che continuamente ci circonda, alcuni animali debbono invece avere qualche sensazione o qualche disturbo che li avverte della presenza più o meno intensa di queste oscillazioni hertziane. È noto il fenomeno, descritto da vari AA., che, eseguendo un lancio di piccioni viaggiatori in una zona prossima all'antenna di una stazione radiotrasmittente in funzione, i piccioni stessi girano per lungo tempo in cerchio completamente disorientati ed incapaci di trovare la direzione da prendere, cosa che invece fanno immediatamente non appena la stazione cessa di trasmettere. Queste onde elettromagnetiche debbono quindi certamente produrre un perturbamento negli organi che nel piccione viaggiatore sono preposti al senso dell'orientamento. È noto anche il fenomeno che nelle correnti migratorie degli uccelli si sono verificati degli spo-

stamenti di direzione e di itinerario, spostamenti che hanno lo scopo di evitare l'attraversamento di zone prossime a forti stazioni radiotrasmittenti. È nota infine l'osservazione, fatta da molti AA., che la nidificazione degli uccelli tende a diminuire, ed in alcuni casi è scomparsa, nelle zone comprese entro un certo raggio dalla stazione radiotrasmittente. Non vi è dubbio quindi che gli uccelli *sentano* le onde hertziane e cerchino di evitarle come dannose, allontanandosi dai posti di emissione.

Per analogia noi dovremmo ritenere che anche il nostro organismo, sebbene i nostri sensi siano completamente ineccitati, debba risentire qualche azione, più o meno intensa e più o meno dannosa, in seguito alla azione continua delle oscillazioni hertziane a cui è sottoposto specialmente in vicinanza di stazioni trasmittenti potenti, del resto oggi diffuse in moltissimi luoghi.

Certamente le intensità di energia che ci giungono dalle stazioni trasmittenti sono rappresentate da valori infinitesimali, tanto che noi, per svelarle, dobbiamo ricorrere a degli apparecchi estremamente sensibili e che amplificano enormemente gli impulsi ricevuti; ma non va dimenticato che il nostro organismo è un reagente infinitamente sensibile ai varii stimoli, che la nostra vita è il risultato dell'equilibrio di funzioni delicatissime e numerosissime, e che molto facile è lo squilibrio anche per cause molto lievi che, quasi sempre, i nostri sensi non ci rivelano. Non va dimenticato che la quantità di energia hertziana che il nostro corpo può ricevere è in proporzione della superficie cutanea e quindi molto maggiore di quella di un'antenna di apparecchio ricevente comune; non va dimenticato che l'azione delle onde hertziane è continua, incessante, senza tregua nè giorno nè notte, nè vi è modo di evitarla in alcun luogo nè in alcun momento, e ne siamo bersagliati tanto quando il nostro organismo lavora, quanto mentre noi riposiamo dormendo, chiusi nelle nostre stanze che ci sembrano più riparate da ogni agente esterno; non va dimenticato che ne sono bersagliati i nostri organi più delicati: le ghiandole endocrine, le ghiandole della riproduzione, il sistema nervoso, ed anche il prodotto del concepimento fin dal primo momento della sua formazione, perchè le onde hertziane hanno un potere elevatissimo di penetrazione nei corpi.

E non va dimenticato che troppi problemi di patologia sono ancora da risolvere, tra cui primeggia quello assillante del costante aumento di uno dei più grandi flagelli dell'umanità: il cancro.

Nessuna conclusione è possibile in proposito in questo momento e nello stato attuale delle nostre conoscenze; la nostra è una ipotesi lanciata, ma non priva di qualche fondamento. Essa non deve destare nè apprensioni nè allarmi, nè essere respinta a priori come assurda perchè finora non dimostrabile.

Troppe ipotesi e troppe leggi, già giudicate impossibili o false, si sono poi dimostrate vere; allo scopo della ricerca del vero ogni contributo anche minimo è giovevole; anche una ipotesi od una idea, che in seguito può essere dimostrata errata, può rappresentare un gradino per salire alla conoscenza di quella verità che costituisce la meta spesso irraggiungibile di tutti i nostri sforzi e di tutte le nostre volontà.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Associazione Medico-Chirurgica di Alessandria.

Seduta del giugno 1931.

Il quadro radiologico della cancrena polmonare.

Dott. SARDI. — Premesse alcune nozioni patogenetiche della cancrena polmonare l'O. accenna brevemente ai numerosi germi patogeni che sono stati descritti dai vari ricercatori nell'escreato di tali ammalati. Secondo i concetti attualmente più accettabili, si tratta di una associazione polimicrobica in cui le forme spirochetiche preparerebbero il terreno allo sviluppo di germi aerobi e anaerobi che, producendo sostanze di cattivo odore, completerebbero il quadro patologico.

I reperti anatomo-patologici sui quali si tende a richiamarsi per l'interpretazione dei quadri radiologici sono insufficienti perchè troppo vari e generalmente in uno stadio di eccessivo avanzamento per poter essere utilizzati nel differenziare il reperto di cancrena da altre lesioni polmonari e specialmente dall'ascesso polmonare. In questo argomento forse più che in altri, attenendosi ai purtroppo scarsi criteri generali anatomo-patologici dati per i casi più tipici, il radiologo farà appello alla esperienza acquistata collo studio minuzioso e paziente dei casi osservati. Eccettuati i casi più tipicamente dimostrativi in cui l'esame radiologico di per sè è sufficente per la diagnosi, in generale questo deve servire come valido elemento semeiologico in appoggio dei criteri clinico e di laboratorio.

Indicazione maggiore si ha negli stati precoci della malattia quando il focolaio, per essere centrale, potrebbe non offrire segni fisici sufficenti e, in ogni caso, per valutare la sede e l'entità della lesione, le condizioni del polmone controlaterale, dati utili per la prognosi e per l'istituzione di una cura. Illustrando una serie di radiogrammi di una diecina di casi di cancrena polmonare fa rilevare come la varietà dei reperti dei singoli casi in diversi stati, e la forte differenza tra un caso e l'altro, facciano della diagnosi radiologica della cancrena polmonare un argomento particolarmente difficile.

La terapia medica nell'ascesso polmonare.

Dott. CURRADO. — L'O. dopo essersi soffermato brevemente sulla eziopatogenesi e sulla clinica dell'ascesso e della gangrena polmonare, espone i risultati della propria esperienza sulla cura medica di queste infermità.

Durante gli ultimi due anni sono stati osservati nell'Ospedale di Asti 10 casi di gangrena e 2 di ascesso del polmone, questi ultimi come complicanza dell'infezione tifoidea.

In tutti i casi fu applicata una cura mista emetino-arsenobenzolica alle dosi abituali. Di più, in 6 casi di gangrena, si ricorse anche al pneumotorace.

Entrambi gli ascessi guarirono sia clinicamente che radiologicamente in un tempo abbastanza breve. A questo riguardo fa però notare che si conoscono casi di ascesso polmonare, specialmente post-tifici, guariti in modo spontaneo. Al contrario, 9 ammalati di gangrena morirono in un periodo variabile da pochi giorni a qualche mese. Uno solo di essi sembrò avesse ritratto un giova-

mento notevole, per quanto solo temporaneo, dalle cure messe in opera.

L'intervento chirurgico, tentato in un caso, non ebbe esito più felice.

Concludendo, l'O. si dimostra assai scettico sui mezzi attualmente a disposizione nella cura medica di queste infermità, particolarmente della gangrena.

Nei riguardi dell'emetina poi, sebbene a conoscenza dei risultati favorevoli di taluni Autori, si associa all'opinione di Izar, il quale nega ogni efficacia terapeutica a questo farmaco, il quale non avrebbe che una moderata azione decongestionante del polmone.

Rottura d'utero in travaglio complicata da rottura della vescica.

Dott. SALVINI. — L'O. espone un caso di rottura d'utero in travaglio complicata da rottura della vescica. Si tratta di una donna, pluripara, che dopo un lungo travaglio con rottura precoce delle membrane, presenta la fuoriuscita dai genitali di un arto superiore del feto. Si fa diagnosi di presentazione di spalla e un medico, chiamato al domicilio della paziente, tenta invano per quasi due ore (!) di praticare il rivolgimento. Finalmente, constatate le gravi condizioni in cui versa la donna, ne consiglia il ricovero in Ospedale.

Alla laparatomia si riscontrano due vaste lacerazioni dell'utero in corrispondenza del segmento inferiore, ampiamente disteso e contenente ancora il corpo fetale. Al di sopra di esso, a guisa di caratteristico cappuccio, sta, retratto e contratto, il corpo uterino.

A carico della vescica si nota un'ampia lacerazione anteriore, che mette allo scoperto tutta la regione del trigono, gli sbocchi ureterali e una estesa zona di mucosa. Estratto il feto, morto pel distacco totale della placenta, si procede alla isterectomia subtotale alta con estrinsecazione del peduncolo; si sutura a punti staccati in seta la vescica e si applica drenaggio alla Mikulicz. Decorso post-operatorio normale. Residua una fistola vescico-vaginale, che viene poi operata con ottimo risultato circa due mesi dopo.

Il dott. SOCINO parla *per un miglior funzionamento del dispensario antitubercolare.*

Il dott. SCARABELLI riferisce *sulla proteino- e vaccinoterapia dell'ulcera venerea e delle sue complicazioni.*

Il dott. BATORI espone i *risultati della terapia calcica nelle annessiti.* *Il Segretario*: A.

Associazione Medica Triestina.

Circolo di Coltura del Sind. Fascista Medici.

Adunanza scientifica del 6 marzo 1931.

Presidente: Dott. A. COFLERI.

Il presidente dott. COFLERI commemora con commosse e riverenti parole il prof. VITTORIO ASCOLI, clinico di Roma, e ne esalta i meriti per la scienza e la cordiale benevolenza dimostrata per Trieste e per il sodalizio.

Dott. GUIDO OSVALDELLA. — *Mielosi funicolare in anemia perniciosa (sindrome di Lichtheim).* — Si sofferma particolarmente sulla terapia epatica.

Dott. LEOPOLDO WINTERNITZ. — *Importanza dei fattori ereditari nella genesi delle malattie del sangue con particolare riguardo all'anemia perniciosa.*

Adunanza scientifica del 13 marzo 1931.

Presidente: Dott. A. COFLERI.

Dott. NELLO FINZI. — *Trattamento e sorte dei prematuri.*

Adunanza scientifica del 20 marzo 1931.

Presidente: Dott. A. COFLERI.

Dott. P. MARCOVICH. — *Due casi di neoplasma del polmone.* Discussione: dottori FERRARI e WINTERNITZ, prof. JACCHIA.

Dott. P. SPIZZI. — *Stenosi subglottica.*

Un caso di piopneumotorace perforatosi all'esterno.

Dott. V. MORTEANI. — Presenta un caso di tubercolosi polmonare con fistola pleuro-parietale e pleuropolmonare, venuto in sua osservazione nella I Divisione Medica dell'Ospedale « Regina Elena » di Trieste. P. G., affetto da tbc. polmonare forma caseoso-ulcerativa del lobo superiore destro. Dopo un trattamento con Ca. e. v. gli venne praticato il pneumotorace con oltre 20 rifornimenti. Si formò dopo due anni di trattamento un idropneumotorace e quindi un piopneumotorace. Praticati dei lavaggi pleurici, si formò una fistola con fuoriuscita di pus (fistola pleuro-toracica). All'osservazione radiologica si notarono 3 livelli di liquido saccato, immobilità del diaframma dello stesso lato. Dopo circa un mese si nota fuoriuscita d'aria insieme al pus, l'ammalato sente odore di marcia in bocca e del liquido di Calot immesso nella fistola; nelle forti respirazioni si ode un fischio alla fistola, la pressione intrapleurica misurata coll'apparecchio del Forlanini è 0. Da tutto ciò viene confermata l'esistenza di un'altra fistola, pleuropolmonare. Il caso è interessante per la coesistenza delle due fistole, pleuro-parietale e pleuro-polmonare, cosa non molto frequente. L'ammalato in condizioni discrete, si alza, afebbrile, il processo tubercolare si organizza lentamente.

Il dott. G. GORTAN mostra i relativi radiogrammi.

Dott. M. GOPCEVICH. — *Tic post-encefalitico.*

Dott. SCHIAVONI. — *Tubercolosi delle fauci.*

Dott. WINTERNITZ. — *Emicorea arteriosclerotica.*

Adunanza scientifica del 27 marzo 1931.

Presidente: Dott. A. COFLERI.

Dott. P. MARCOVICH. — *Carcinoma del polmone.*

Prof. A. MARZIANI. — *Cheratosi spinulosa.*

Dott. L. HILLEBRAND. — *Gastroschisi con sventramento in feto di sei mesi.*

Gravi postumi delle vie respiratorie in gassato di guerra.

Prof. P. JACCHIA. — Premesse nozioni sulla patologia delle vie respiratorie quali conseguenze lontane delle intossicazioni da gas di combattimento, l'O. espone la storia clinica di un ex combattente, ora trentaduenne, che nel 1918 subì due volte gli effetti, apparentemente transitori, di bombardamenti a gas.

Oltre a lesioni oculari, perfettamente guarite, residuarono per molto tempo frequenti epistassi, tosse stizzosa, escreato abbondante. Ora da alcuni anni è manifesta sindrome bronchiettasica e di affanno permanente.

All'esame clinico si rileva una vasta perforazione del setto nasale, accenno a sclerosi polmonare con bronchite cronica, immobilità del diaframma.

All'esame radiologico con olio jodato quale sostanza di contrasto si svelano dilatazioni cilindriche, a tubi vuoti, ed imagine di albero morto, interessanti quasi tutti i bronchi di II, III e IV ordine. R. W. negativa.

L'O. illustrando le proprie radiografie, espone la propria ipotesi sulla eziologia di tale stato morboso nel senso di una probabile grave lesione da gas di combattimento dei muscoli bronchiali — in analogia alle esperienze del Bilancioni sui muscoli della laringe, quale effetto del gas yprite — e si associa a quegli AA. francesi che descrivono tale quadro broncografico quale patognomonico dei postumi bronchiettasici in antichi gassati di guerra.

Ad illustrazione di che l'O. produce broncografie di casi normali e patologici per far notare la differenza dei radiogrammi con quelli corrispondenti al caso clinico riferito.

Dott. E. FERRARI. — Ricorda che per spiegare l'aumento dei casi di carcinoma polmonare si è pensato anche alla possibilità che vi abbiano contribuito le lesioni prodotte dai gas di guerra, tesi questa confortata anche da risultati positivi ottenuti in esperimenti animali.

Adunanza scientifica del 10 aprile 1931.
Presidente: Dott. A. COFLERI.

Ulcerazioni non veneree del genitale femminile.

Il prof. FREUND tratta delle varie forme di ulcerazioni non veneree del genitale femminile, soffermandosi con molti dettagli sull'ulcus vulvae acutum Lipschütz, illustrando tale forma con proiezioni e preparati istologici e batteriologici di alcuni casi osservati nella Clinica dermosifilopatica di Roma (Bosellini) e pubblicati dal Monacelli. L'O. parla poi delle recentissime ricerche sull'eziopatogenesi di alcune manifestazioni cutanee che non di raro accompagnano la comparsa dell'ulcus vulvae acutum, come ad esempio l'eritema nodoso e l'afte della bocca, ricerche le quali hanno portato all'importante scoperta fatta dal Samek (della Clinica Kreibich di Praga), che il bacillus crassus, che è il fattore eziologico dell'ulcus vulvae ac., si riscontra non soltanto sull'ulcera del genitale, ma anche sulle manifestazioni cutanee e perfino nel sangue circolante, supposizione già espressa in modo ipotetico dal Monacelli e Kumer. L'O. presenta alla fine della sua comunicazione le preziose e rare diapositive del Kumer e Samek.

Dott. DE GRISOGONO. — Cita altre forme morbose, oltre a quelle enumerate dal prof. Freund, che possono produrre ulcerazioni: anzitutto le ulcerazioni tubercolari; poi l'Erpete genitale mestruale, il quale può comparire anche fuori del periodo mestruo; la foruncolosi vulvare che, senza essere una piodermite propria del genitale esterno, pure può assumere delle caratteristiche particolari quando si manifesti su questa parte del corpo; e in fine certe forme ulcerative che possono manifestarsi nel corso di malattie d'infezione come nella difterite, nella dissenteria, nel tifo; per quanto raramente la difterite vulvare può comparire anche in bambine immuni da difterite delle fauci, e può determinare ulcerazioni con conseguenti sinechie e atresie vulvari parziali; è stata osservata anche nel corso di processi infettivi puerperali.

L'Ulcus vulvae acutum Lipschütz, oltre che dalla presenza del Bacillus crassus e dalla sua sede tipica sulla faccia interna dei labbri minori e caratterizzata dal colore giallo grigiastro del fondo che presenta anche numerosi piccolissimi nodetti e che è delimitato da orli sottominati e arcuati. Le glandole inguinali, a differenza di tutti gli altri processi ulcerativi, sono di raro tumefatte: fatto che può riuscir utile nella diagnosi differenziale. Lo Schugt però, dallo studio accurato di un caso, complicato da ulcerazioni nella bocca e sulla lingua, è tratto a dubitare della specificità del Bac. crassus e ritiene trattarsi piuttosto di un processo gangrenoso angioneurotico con invasione secondaria del Bac. crassus.

Quando all'Ulcus vulvae chronicum e alla sua eziologia si può dire quasi che le opinioni e le teorie in proposito sono tante quanti sono gli Autori che di tale malattia si sono occupati, e che le hanno dato anche varie denominazioni: Ulcus vulvae chronicum, Ulcus vulvae rodens, Sclerema ano-vulvare, Esthiomène, Lupus vulvae, Fattori costituzionali, disturbi circolatori locali, stasi nelle vie sanguigne e linfatiche (estirpazioni bilaterali delle ghiandole inguinali), irritazioni e stimoli meccanici locali continuati (coito frequente), processi infiammatori cronici (gonorrea, fluor albus) da soli o combinati, sono stati chiamati in causa, oltre alla tubercolosi e alla lue che, secondo Veit, formano la base eziologica del morbo, e alle quali del resto tutti gli Autori danno un valore per lo meno di fattore predisponente. È noto che la maggiore casistica è data dalle prostitute. Anche le indagini istologiche non rilevano che fatti infiammatori cronici: infiltrazione parvicellulare talora con cellule giganti di ignota e dubbia provenienza. L'O. ebbe occasione di osservare nel suo reparto nel corso di vari anni 3 o 4 casi, dei quali uno recentemente, tipico, con struttura del retto e fistole: ogni terapia, anche la Roentgen, si dimostrò senza alcuna efficacia.

Prof. P. IACCHIA. — Osserva che dal punto di vista dell'internista è certo interessante il caso, citato dal prof. Freund, in cui il bacillus crassus fu coltivato e da ulcerazioni al genitale femminile e da tessuto esciso di contemporaneo eritema nodoso. Non crede però che se ne possa dedurre analoga eziologia per i casi abbastanza frequenti di eritemi nodosi in individui di ambo i sessi, specie giovanili, tanto più che le ulcerazioni non veneree da bacillus crassus sono piuttosto rare e rilevabili solo in femmine. Forse il caso citato presentava una sindrome cutanea molto simile all'eritema nodoso, ma non con esso identica.

Prof. E. FREUND. — L'O. risponde ai singoli punti, soffermandosi con speciali dettagli sulla questione dell'Estiomene, ricordando le teorie del Hugyier, Brau, Koch, Fiocco e Levi, Bandler e in ultimo del Frei e della Koppel, i quali ultimi, basandosi sull'esito positivo di molti casi di Estiomene e di Sifilome anorectal-Fournier credono che la causa di tali lesioni sia una linfogranulomatosi inguinale Nicolas' Favre sfuggita all'osservazione.

Al prof. Iacchia risponde che l'eritema nodoso si osserva non soltanto in parecchi casi di ulcus vulvae ac. Lipschütz, ma anche in molte altre affezioni infettive, fra le quali la più strana osservazione è formata da un eritema nodoso contenente dei bacilli Ducrey in seguito ad infezione con ulcere molli (caso del Lennhoff).

Dott. A. COFLERI. — *Dimostrazione dell'Enterocleaner, apparecchio ideato dal prof. Brosch per il lavaggio dell'intestino e sue applicazioni terapeutiche.* Discussione: proff. RAVASINI, GRANDI, MARZIANI e FREUND.

Il Segretario: Dott. L. WINTERNITZ.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le così dette complicazioni mediche della gravidanza

P. A. Daly e S. Strouse (*Journ. of Americ. Medic. Assoc.*, 16 maggio 1931) riferiscono sulla loro esperienza in proposito.

Per quanto riguarda *glicosuria e diabete*, oggi si deve abbandonare il vecchio concetto che tutte le glicosurie in gravidanza siano gravi. Ogni caso andrà studiato e curato secondo che si tratti di una glicosuria renale o di glicosuria che compare solo durante la gravidanza o di un vero diabete grave.

Per la gravida ammalata *di cuore*, non esistono differenze notevoli coi comuni malati di cuore; c'è solo da risolvere il problema della resistenza alle difficoltà meccaniche create dalla gravidanza. Su 500 gravide con malattia di cuore gli AA. ebbero mortalità del 2,4 %. Morirono in tutto 12 malate: 3 per endocardite acuta, due per sepsi, una per polmonite, una per cancro del miocardio e quattro per insufficienza cardiaca e una per embolia polmonare.

La cura delle gravide malate di cuore non differisce dalle malate di cuore comuni. Le ammalate ricoverate in ospedale in genere hanno prognosi meno grave di quelle curate privatamente, forse perchè le abitudini di vita delle cardiache agiate non consente lo sviluppo delle riserve cardiache che invece più facilmente si hanno nelle malate costrette a fare qualcosa anche se malate. Le cardiache osservate per cinque anni consecutivi dopo la gravidanza non si comportano diversamente dalle cardiache che non sono state gravide. Però gravidanze successive possono peggiorarne le condizioni.

Un cuore che non si è scompensato durante la gravidanza non soffre in modo fatale per il parto, mentre il cuore scompensato in gravidanza per lo più non sopporta la fatica del parto. Quindi se c'è scompenso in gravidanza bisogna cercare di ricompensare il cuore prima di provocare il parto o di fare il taglio cesareo.

Il parto più consigliabile è quello spontaneo, abbreviato da un'applicazione di forcipe.

La *tiroide* si modifica sempre per effetto della gravidanza.

In alcune gravide si hanno fenomeni netti di ipertiroidismo.

La gravidanza che compare in un'ipertiroidea per lo più si interrompe per aborto spontaneo, mentre la gravidanza, per lo più giunge a termine se dopo il suo inizio compaiono sintomi di ipertiroidismo. Nei casi di gozzo tossico è consigliabile praticare la tiroidectomia durante la gravidanza.

Nella donna con ipertiroidismo la gravidanza provoca un aumento del metabolismo basale, inoltre c'è tendenza alla tossiemia (edemi, albuminuria, eclampsia). Secondo alcuni la tossiemia gravidica dipende da un alterato metabolismo.

R. LUSENA.

Distacco della retina nell'eclampsia.

Klaften (*Med. Klinik*, n. 16, 1931) ricorda che già dal 1921 Schiötz attirava l'attenzione sulle modificazioni del *fundus oculi* nell'eclampsia, in base alle sue osservazioni sulla retinite delle gravide e l'amaurosi eclamptica.

L'A. ha praticato la ricerca del *fundus* su larga scala, ma ha osservato assai raramente il distacco della retina, mentre i processi infiammtori ed emorragici e gli edemi erano assai frequenti.

Descrive poi il caso di una donna sifilitica, con rene grinzo, aggravato dall'insediarsi, in ogni gravidanza, di una nefrosi gravidica, in cui si ebbe un distacco della retina. Secondo l'A. in questi casi c'è l'indicazione assoluta per la interruzione della gravidanza.

V. SERRA.

L'importanza dell'infezione influenzale nella genesi delle infezioni mortali nelle puerpere.

Dalle ricerche personali di H. Pigeaud (*Journ. de Méd. de Lyon*, n. 278, 5 agosto 1931) e da resultati offerti da statistiche raccolte in servizio di Maternità, si dovrebbe ritenere che esiste un rapporto sicuro tra epidemie di grippe e mortalità per infezione nei servizi ostetrici.

Un numero discreto di donne colpite dalla grippe al loro arrivo in Maternità muoiono invero rapidamente per tale affezione, dopo il parto. Contemporaneamente però si osserva anche un aumento della mortalità per infezione puerperale vera, sia per infezione generale a punto di partenza rino-faringeo, sia per infezione puerperale di origine esterna, trasmessa dai parenti o dal personale di assistenza eventualmente portatori di germi in tale periodo. In questo secondo caso l'infezione può essere causata dallo stesso virus grippale, ma, più di sovente, si tratta di una infezione di streptococco reso ipervirulento per la sua associazione con l' agente patogeno della grippe.

M. FABERI.

Le emorragie delle ragazze e delle donne giovani.

Queste emorragie sono meno gravi di quelle delle menopause, però, secondo A. Siredey (*Le Bulletin Médical*, 16 maggio 1931) meritano più attenzione di quanta ne destano fin'ora.

Senza importanza sono gli scarsi scoli di sangue che si hanno dai genitali delle bambine pochi giorni dopo la nascita e che sono accompagnati da tumefazione delle ghiandole mammarie, perchè scompaiono spontaneamente in poco tempo.

Più importanti sono le emorragie vulvari della prima infanzia che accompagnano alcune vulviti per lo più blenorragiche.

Le emorragie uterine vere si hanno soltanto alla pubertà, salvo rarissime eccezioni. Per lo più aumentano le mestruazioni progressivamente e dopo un anno circa acquistano il carattere di una vera emorragia. Queste menorragie dipendono per lo più da una modificazione generale dello stato di salute: si ha nella stenosi mitralica primitiva e anche acquisita da reumatismo, nell'albuminuria da scarlattina o da difterite, nelle epatiche, nelle calcolosi biliari, nella colemia familiare, in donne con eredità patologica del ricambio (figlie di gottosi, di obesi, ecc).

A volte c'è una modificazione della crasi sanguigna caratterizzata da ritardo della coagulazione.

L'eredità tubercolare ha scarsa importanza; qualche volta può agire indirettamente provocando disordini endocrini. Più importante è la lues ereditaria.

Le menorragie che si continuano tanto da giungere all'inizio della mestruazione successiva si devono considerare vere metrorragie e allora si dovrà cercare, magari coll'esplorazione rettale, se c'è retroflessione uterina, o noduli fibromatosi, o lesioni annessiali, o cisti ovariche, ecc. In qualche caso fu trovato anche un cancro o un sarcoma. Ma spesso l'esame è negativo.

Le emorragie delle ragazze sono per lo più in rapporto con polipi o con endometrite.

Nelle giovani donne maritate da poco possono dipendere da endometrite, ma più spesso dipendono da perimetrite e molte volte sono in rapporto con traumi sessuali dovuti a sproporzione fra gli organi dei coniugi (più spesso vagina corta). Alcune volte la causa si deve ricercare nell'abuso dello sport, negli esercizi violenti, nei lunghi viaggi in automobile. Spesso anche si ha metrorragia da aborto ignorato.

La cura è subordinata alla causa. Nelle vulviti delle bambine si applicheranno pomate al talco e all'amido e si curerà la blenorragia che è la causa più frequente.

In tutte le menorragie si prescriverà il riposo assoluto in letto durante il periodo mestruale; se non c'è tendenza a migliorare si metta la malata colla testa più bassa del bacino.

Ogni caso poi richiede la cura della causa: (vizio di cuore, alterazione epatica, opoterapia). In alcuni casi sono utili i preparati di calcio, o le ipodermoclisi di soluzione fisiologica.

Nelle donne non più vergini sono utili le irrigazioni vaginali di acqua bollita e portata alla temperatura di 50°.

Se le metrorragie mettono in pericolo la salute dell'ammalata non bisogna esitare, naturalmente solo coll'approvazione dell'ammalata e dei parenti, a esplorare anche per via vaginale, sempre secondo Siredey, perchè a volte si ha a che fare con tumori. In alcuni casi si potrà anche ricorrere alla radium e roentgenterapia.

R. LUSENA.

Le iniezioni endouterine di lipjodol nella sterilità femminile.

Le iniezioni endouterine di lipjodol vengono usate per la radiografia uterina e per scoprire le eventuali alterazioni dell'apparato genitale.

G. Cotte (*Journ. de méd. de Paris*, 7 maggio 1931) ha osservato che, in alcuni casi, tali iniezioni sono state seguite da un buon esito per quanto riguarda la sterilità, in quanto che le donne, dismenorroiche e sterili da anni ebbero poco dopo una buona gravidanza. Le condizioni e la rapidità con cui tale gravidanza si è manifestata escludono la probabilità che si tratti di semplice coincidenza. L'A. ritiene che esse abbiano potuto agire nel senso di disostruire una tromba a permeabilità non completa; non si può però escludere che lo jodio abbia esercitato una certa azione topica sull'epitelio tubario.

Fatta a dovere e quando l'esame ginecologico esclude delle possibili controindicazioni, l'iniezione endouterina di ljpiodol non presenta inconvenienti. Essa va applicata nei casi in cui l'esame clinico è negativo ed è tanto più indicata in quanto che, in tali casi, essa ha anche valore diagnostico. Si comprende che, allorchè vi sono delle lesioni annessiali rivelabili all'esame e, tanto più, se vi è stato recentemente un attacco di salpingite, è preferibile astenersi da tale esame; esso, ad ogni modo, va sempre fatto nella settimana dopo le mestruazioni, seguendo tutti i noti particolari di tecnica e lasciando la malata in letto per 24 ore.

fil.

Il trattamento della ipogalattia coi raggi ultra-violetti.

Partendo dal principio che i raggi ultravioletti hanno azione stimolante sulla nutrizione generale e sulle diverse ghiandole endocrine si è pensato che la attinoterapia avesse una azione somigliante sulle ghiandole mammarie, stimolando la loro attività funzionale nei casi di ipogalattia.

Si cominciò ad usare dosi prudenti di irradiazione, oscillanti tra 3 e 5 minuti, con una distanza focale di cm. 75, cercando di ottenere con la prima applicazione un eritema di 1° grado e si aumentarono progressivamente le dosi di luce secondo la tolleranza.

Le donne venivano poste in vicinanza della lampada col capo avvolto da un panno oscuro e col seno scoperto, avendo cura di ungere i capezzoli con abbondante vasellina per proteggerli dall'eritema.

Dopo le tre prime applicazioni la condotta variava secondo gli effetti ottenuti: così nei

casi nei quali si verificò un aumento del latte rapido e abbondante, si continuò a sottomettere la madre ad una irradiazione ogni cinque a otto giorni; invece quando i risultati delle prime sedute non furono molto soddisfacenti, si continuò col metodo progressivo.

Le esperienze su cui riferisce C. Tassart (*Revista Médica Latino-Americana*, aprile 1931), furono fatte dai dottori Taversare e G. Collazo nell'Istituto di maternità dell'Hospital Rivadavia.

Le madri trattate con luce ultravioletta furono trenta, tutte con ipogalattia ben manifesta.

In ventitrè di esse fu notato un aumento cospicuo della secrezione lattea tanto da permettere la nutrizione del bambino senza ricorrere all'aiuto della alimentazione complementare.

Questi risultati si accordano con quelli ottenuti da diversi autori moderni i quali tutti hanno riferito con piena soddisfazione sull'argomento. VICENTINI.

Plastica della mammella.

In due casi di plastica mammaria per mammelle cadenti e ipertrofiche dice E. Sonntag, sec. Holländer (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 164, pag. 812, 1931), è stato usato con buon esito il metodo di Holländer che consiste in una resezione doppia a cuneo del quadrante supero esterno. La resezione va fatta secondo linee determinate e interessa la mammella sino all'areola.

Suturando poi i margini dell'incisione la mammella resta ridotta e viene sollevata in alto e all'esterno.

Per tale ragione il metodo dà buoni risultati nelle forme modiche di mammella ipertrofica e pendula e nei casi di mammella ipotrofica e pendula. In altri casi è da preferirsi il metodo della trasposizione.

P. VALDONI.

SEMEIOTICA.

Osservazioni sierologiche sulla sifilide.

F. Benedetti (*Dermosifilografo*, luglio 1931, pag. 377) ha praticato contemporaneamente su 355 sieri (di cui 55 appartenenti a soggetti certamente luetici) la R. di Meinicke, la r. di Sachs-Georgi, la r. di Sachs-Klopstock, e la r. di Dalla-Volta-Benedetti; oltre naturalmente alla r. di Wassermann.

Dai risultati ottenuti l'A. conclude che la r. di Wassermann rimane sempre di importanza fondamentale e che le altre reazioni, anche se in qualche caso speciale possono mostrarsi più sensibili della r. di Wassermann, non sono ancora giunte a tal punto di perfezione da poterla sostituire. E dovendo scegliere una reazione di flocculazione da eseguire accanto alla reazione di Wassermann, egli si dichiara nettamente favorevole alla r. di Meinicke, utile specialmente nelle forme terziarie o nelle forme latenti, nelle quali la r. di Wassermann è talvolta negativa.

Inoltre l'A. pensa che le reazioni di flocculazione, anche le più semplici, non possano ancora entrare nel dominio del medico pratico, ma debbono rimanere esclusivamente nell'orbita dei Laboratori sierologici: affermazione che ci sembra in realtà un po' esagerata se si pensa quanto è facile e quanto poco materiale richieda l'allestimento di una reazione per es. di Meinicke (naturalmente acquistando gli antigeni già preparati in commercio) e come piana e scevra di incertezze (specialmente per le sue ultime modificazioni: M. T. R. e M. K. R.) ne sia la lettura.

SABATUCCI.

IGIENE.

L'estensione attuale del vaiuolo e la vaccinazione.

Allaria (*La pediatria del med. prat.*, n. 7, 1931), esposte le cifre statistiche che dimostrano il costante infierire dell'endemia vaiuolosa in Inghilterra, dove, non essendo la vaccinazione obbligatoria, più della metà dei nati viene sottratta a tale pratica, e considerate le varie fonti di infezione esistenti e sempre attive in molte parti del globo, riaffronta la questione dell'età in cui sarebbe più opportuno eseguire la vaccinazione Jenneriana.

Ora, dagli studi appositamente fatti dall'A. insieme al Canelli, in numerosi bambini, risulterebbe che, in realtà, nel primo anno di vita, i disturbi talora gravi e le sofferenze notevoli provocate dalla vaccinazione sconsiglierebbero di praticarla in tale periodo di vita, limitatamente, s'intende, ai tempi normali, rinviandola al secondo anno di età.

L'applicazione della legge italiana, che invece prescrive la prima vaccinazione nel primo semestre solare che segue a quello della nascita, non offre, in realtà, vantaggi statistici su quella tedesca che l'impone per l'anno solare che segue a quello della nascita.

In ambedue i paesi, infatti, le cifre della morbilità e mortalità per vaiuolo si mantengono egualmente pressochè trascurabili.

M. FABERI.

Vaccino-profilassi della polmonite.

La polmonite rappresenta la causa più grave della mortalità tra gl'indigeni che lavorano nelle miniere di Johannesburg nel Transvaal.

Sono stati perciò fatti degli esperimenti di vaccinazione per mezzo di vaccini contenenti alte percentuali di pneumococci eterogeni, e ne riferisce in merito A. J. Orenstein (*The Jour. of Med. Ass. of S.-Africa*, n. 11, giugno 1931).

Dalle cifre statistiche riportate, risulta che nessun fatto milita a favore di tale vaccina-

zione, anche se praticata in modo continuativo. Infatti non si è osservato nè una modificazione del tipo clinico della polmonite, nè un potere profilattico evidente a favore degli indigeni che iniziano il loro servizio nelle miniere. M. FABERI.

Il vaccino antitifico nella profilassi dell' influenza.

Rogelio Pérez (*Siglo medico*, 28 marzo 1931) ha veduto confermate durante l'ultima epidemia di influenza le osservazioni già fatte circa l'efficacia protettiva del vaccino antitifico, soprattutto paragonando la gravità e mortalità dell'influenza negli individui che avevano fatto il servizio militare (ed erano perciò stati vaccinati contro il tifo) con quelle degli altri membri della famiglia conviventi.

Se tali osservazioni potranno essere confermate da altri, noi potremo contare, osserva l'A. sopra un mezzo semplice e sicuro per ridurre la mortalità influenzale che, anche in epidemie relativamente benigne come l'ultima, ha dato una mortalità del 40 %.

Il vaccino antitifico eviterebbe le forme gravi dell'influenza e le complicazioni delle forme lievi.

L'A. è stato tratto alla investigazione che lo ha portato ai risultati accennati, osservando che le malattie sofferte 3-5 anni prima e, specialmente la febbre tifoidea, esercitano un'azione protettiva contro l'influenza. Altri vaccini, se anche non tutti, producono lo stesso effetto; i vantaggi di quello antitifico consistono nel fatto che esso protegge inoltre da una malattia grave quale è la tifoide. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA.

La flora batterica della vescichetta biliare in rapporto con l'andamento clinico e col trattamento operativo della colecistite e colelitiasi.

E. Fiorini (*Il Fracastoro*, n. 2, 3, 4, 1931) riferisce i suoi risultati ottenuti dall'esame batteriologico ed istologico di 77 cistifellee asportate per colecistite e colelitiasi.

Le cistifellee esaminate contenevano calcoli in numero variabile da uno a duecento, meno in sei casi, in cui, pur essendo le pareti notevolmente alterate, non si rinvennero calcoli.

In due casi fù notato nello spessore delle pareti infiltrazioni neoplastiche atipiche a carattere epiteliomatoso, senza che macróscopicamente si fosse rilevata qualche lesione che potesse far pensare al neoplasma.

Delle 77 cistifellee esaminate: in 33 le colture rimasero sterili; in 12 casi si sviluppò *bacterium coli* in coltura pura; in 11 *bacterium coli* misto a stafilococco o streptococco; in 8 stafilococco in coltura pura; in 2 stafilococco e streptococco; in 4 streptococco in coltura pura; in 5 enterococco; in 2 bacillo del tifo.

Per quanto concerne l'etio-patogenesi l'A. si riporta alle due teorie fondamentali della stasi biliare e dell'infezione delle vie biliari; come ha dimostrato sperimentalmente, sui cani, Valdoni, nelle cistifellee a pareti infiammate, il potere di assorbimento di esse è notevolmente diminuito per cui i pigmenti vengono assorbiti difficilmente e la bile, data la conseguente tendenza a concentrarsi, formerebbe concrezioni che sarebbero l'origine dei calcoli.

Il germe isolato con maggior frequenza fu il b. coli, a cui seguono, in ordine decrescente, lo stafilococco, l'enterococco, lo streptococco ed il bacillo del tifo.

Nessun parallelismo esiste fra decorso clinico della malattia e reperto anatomo-patologico e batteriologico delle cistifellee asportate. VITALE.

Sulle modificazioni della flora boccale indotte da diete avitaminiche.

Perna in suo suo lavoro riferisce che la deficenza vitaminica maggiormente nociva all'integrità del dente è data dalle vitamine liposolubili e dalla vitamina C, e conclude che da esse dipende la prevenzione delle malformazioni dei denti, che costituiscono il fattore patogenetico fondamentale della maggior parte delle affezioni dentarie.

Renato Ottolenghi recentemente (*La Stomatologia*, n. 8, agosto 1931) ha studiato il comportamento della flora microbica della cavità orale in dipendenza della avitaminosi sperimentale.

Lo studio è stato volto specialmente a vedere se vi fossero modificazioni del potere fermentativo dei vari germi di fronte ai varii zuccheri: saccarosio, mannite, galattosio, glucosio, levulosio, maltosio, inulina, lattosio, latte. L'A. ha visto che la avitaminosi (carenza di vitamina C per la cavia, e di vitamina D per il topo) riduce notevolmente il potere fermentativo dei germi del cavo orale di fronte ai vari carboidrati. L. TONELLI.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. N. S. da O. a M.:

Le comuni coliti, aprendo una porta d'ingresso ai più svariati germi o veleni, possono essere causa di mieliti o polinevriti.

Una specificità per il *Bacterium coli* o l'enterococco non è stata messa però in evidenza con prove dimostrative.

P. ALESSANDRINI.

Al dott. G. Z. da V.:

In qualunque trattato moderno di Medicina esistono estesi capitoli dedicati alla dietetica: il testo però più aggiornato e pratico è quello di Mc. LESTER (Ediz. Saunder's, Londra, 1930. Dollari 8.50).

P. ALESSANDRINI.

Al dott. O. D. P. da E. L., abb. n. 5525-I:

Per ciò che concerne i più recenti trattati sulla tubercolosi abbiamo: « La tubercolosi polmonare dal punto di vista clinico e sociale » di CARPI e RONZONI etc. - Milano, Istituto Editoriale Scientifico, ed il grande volume « La tubercolosi » (Scienza e legge contro la tubercolosi) edito in occasione della VI Conferenza dell'Unione Internazionale contro la tubercolosi, dalla Direzione Generale di Sanità pubblica. G. MENDES.

Al dott. C. T. da T. sull'A., abb. n. 4018-I:

Dopo il vecchio manuale del prof. GIOACCHINO BRECCIA « Il pneumotorace artificiale nella tubercolosi del polmone », si possono consigliare i più recenti « La pratique du pneumotorax et de la collaxothérapie chirurgicale » del DUMAREST, Masson Edit. Paris; il manualetto « Il pneumotorace » del prof. FELICE PARODI; nonchè quello dei dottori R. DORIA e R. CESARI « Il pneumotorace terapeutico », pubblicato dall'editore Luigi Pozzi, Roma.

G. MENDES.

Al dott. A. S. da M., abb. n. 4838-I:

Non esiste un trattato in cui si trovino raccolti tutti gli argomenti richiesti dal bando di concorso da Lei indicato.

Molti di questi potrà trovare nell'ultima (5ª) edizione del *Codice Sanitario* dell'avv. Carlo Melograni, edito dal Pietrocola di Napoli; per gli altri occorre vedere le singole disposizioni di legge e di regolamento edite, sia dalla stessa Casa Pietrocola, sia direttamente dal Provveditorato generale dello Stato.

A. FRANCHETTI.

Al dott. M. C. da S., abb. n. 4163-I:

Nessuna disposizione legislativa esiste nei riguardi dell'accesso di affetti da malattie contagiose negli stabilimenti balneari marini.

A. FRANCHETTI.

VARIA.

Ricerche sulla formazione autosintetica delle cellule.

G. W. Crile (*Amer Journ. Surg.*, maggio 1931) colla collaborazione di Maria Telkes e Amy F. Rowland ha seguito questa tecnica: i lipoidi e le proteine di cervelli d'animali uccisi di fresco erano estratti e questi estratti erano uniti ad una soluzione delle ceneri di cervello. In questa sostanza si osservava il formarsi di elementi cellulo-simili e precisamente la formazione di cellule nucleate, che prendevano colorazione vitale, che consumavano ossigeno, che producevano ossido di carbonio e urea. Per mantenere queste culture in vita era necessario aggiungere proteine; l'aggiunta di zucchero aumentava i processi metabolici. Con pH 7,5 si aveva produzione di cilia e si aveva produzione di forme ameboidi in reazioni più alcaline.

Formazione autosintetica di cellule non si aveva adoperando estratti di cervello di cani morti per malattia o di conigli morti per esaurimento da insonnia. L'irradiazione con raggi X dei liquidi diminuiva lo sviluppo autosintetico delle cellule che si aboliva trattando coi raggi X le cellule di nuova formazione.

Le cellule autosintetiche presentavano le tre qualità fondamentali del protoplasma vivente: irritabilità, riproduzione e respirazione. Queste cellule hanno somiglianza con quelle del cancro, ma l'A. non trae dalle sue osservazioni conclusioni generali, che si potranno dedurre da ricerche ulteriori. R. LUSENA.

Il reimpianto dell'estremità superiore conservando il fascio vascolo-nervoso.

Bogoras (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 165, fasc. 1, pag. 41, 1931) dice che l'indicazione all'intervento è rappresentata da tumori maligni che abbiano invaso lo scheletro e le parti molli di un arto. In tali casi prepara (se non c'è invasione da parte del tumore) i nervi e i vasi principali in corrispondenza del tratto da asportare e reseca un tratto circolare dell'arto comprendendovi l'osso invaso e tutte le parti molli assieme alla pelle. Sutura poi i monconi ossei, i muscoli e la pelle.

Nei primi giorni dopo l'intervento si ha un edema notevole della porzione reimpiantata, edema che poi scompare.

La conservazione del fascio vascolo-nervoso permette una motilità passiva e attiva buona dell'arto.

Il metodo che propone l'autore e che è stato applicato già in più casi per l'arto inferiore permette di limitare l'amputazione completa ai casi in cui non sia possibile reimpiantare la parte sana distinta alla lesione perchè il fascio vascolo-nervoso è stato invaso dal tumore.

Il lavoro è ricco di dati di anatomia topografica e di tecnica chirurgica.

P. VALDONI.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

S. LEONE. *Profilassi del tracoma e visiva.* — Stab. Tip. Randazzo, Siracusa, 1930.

F. GIUGNI. *Meningiti tbc. ad inizio e decorso prevalentemente spinale. Ischialgie sintomatiche di meningite tbc.* — Tip. Coop. Parmense, Parma, 1930.

F. GIUGNI. *Considerazioni intorno ad un caso di paralisi ascendente acuta di Landry.* — Tip. Minerva Medica, Torino, 1930.

G. F. STEFANINI. *Il tabacco.* — Arti Grafiche Vitalom, Reggio Calabria.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Una esperienza americana.

Sotto questo titolo, a firma Sangrado è comparso (*Le Scalpel*, n. 35, 28 agosto 1931) un interessante commento ad una comunicazione dei dottori L. O. Geib e Enrico F. Vaughan discussa a Philadelphia durante la 82ª sezione annuale dell'Associazione medica Americana. Il titolo suggestivo era: *Il medico come operaio della salute.*

L'interesse di questa comunicazione deriva dal fatto che in tutti i paesi del mondo, se si esaminano attentamente i problemi igienico-sociali, e si osservano i rimedi, le proposte avanzate da medici onesti ed in buona fede, non si può fare a meno di constatare che i provvedimenti consigliati o presi, eccetto minime e secondarie particolarità inerenti alle diverse caratteristiche dei singoli paesi, vengono ad essere fondamentalmente identici, e ciò che si mostra efficace in un posto lo è anche in un altro.

Tenendo per sicuro questo, merita notare con quale esito nel dipartimento della salute pubblica di Detroit si siano dal 1928 chiamati a partecipare direttamente alla lotta per l'igiene pubblica i pratici generici (i così detti liberi esercenti).

Orbene il risultato è stato ottimo sotto tutti gli aspetti.

A Detroit per molti anni si mantennero dei clinici della salute pubblica, allo scopo di insegnare le cure prenatali alle donne incinte, di diffondere l'igiene scolastica, etc., per la profilassi della tubercolosi, della malaria, vajolo, difterite.

Geib e Vaughan pensano queste cliniche abbiano un alto valore durante un primo periodo di dimostrazione, ma che ben presto la *medicina preventiva sia meglio realizzata dalla professione medica libera* quando essa sia organizzata a questo scopo.

Dal 1928 tutte le cliniche gratuite ed ufficiali di vaccinazione antidifterica sono state abbandonate dal dipartimento della salute pubblica: da questo momento tutte le cure preventive sono state fatte nei gabinetti particolari dei medici.

Naturalmente, mentre si sopprimevano le vaccinazioni pubbliche si organizzavano con la cooperazione della Associazione Medica, un insegnamento ben concepito per i pratici.

Il risultato è che 90 % dei medici di Detroit collaborano a questa profilassi; e che il 1° giugno di quest'anno, 80 % dei bimbi in età scolastica e 70 % dei più giovani sono stati immunizzati contro la difterite.

Grazie a questo sistema che verrà applicato anche alla profilassi di altre malattie, ogni gabinetto medico è divenuto un centro di propaganda igienica e di profilassi applicata.

L'esperienza americana prova una volta di più che la *collaborazione del medico di famiglia* è indispensabile a ogni opera che voglia realizzare un progresso in materia di medicina curativa, preventiva o sociale.

L. TONELLI.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACI CASTELLO (*Catania*). — Condotta per i poveri. Stipendio annuo L. 8000 lorde di tutte le ritenute di legge anteriori al R. D. 20-11-1930, N. 1491, nonchè della riduzione del 12 % a norma di detto decreto. Lo stipendio verrà aumentato di un decimo per ogni quadriennio e per cinque quadrienni a decorrere dal giorno della effettiva nomina. La domanda e i documenti di rito (il cui elenco ed altri chiarimenti possono richiedersi alla Segreteria del Comune) debbono pervenire alla Segreteria predetta entro le ore 12 del 22 dicembre.

APECCHIO. — Cond. del Capoluogo e della fraz. Serravalle. Età massima 40 a., con le solite eccezioni. Stip., per 250 poveri, L. 8000, con 5 quadrienni del decimo; c.-v. di legge; L. 800 per Uff. San. al sanitario del capoluogo. Scad. 20 dic.

ARCEVIA (*Ancona*). — A tutto 31 ott.; medico primario della condotta residenziale urbana; età lim. 40 a. al 28 sett.; doc. a 3 mesi; tassa L. 50,10; stip. L. 9000 aumentabile del 50 %; deduz. 12 %; serv. entro 15 gg.

BERGAMO. *Ospedale Maggiore « Principessa di Piemonte »*. — Tre aiuti (di dermatologia, di ostetricia e di anatomia patologica e ricerche cliniche) e due assistenti (di ostetricia e di anat. patol. e ricerche clin.); stipendi L. 8500 e L. 7500, partecipazione, eventualm. c.-v.; riduz. 12 %. Chiedere annunzi. Età lim. a. 35 e 30. Nomine triennali e biennali. Doc. a 3 mesi dal 26 sett. Tassa L. 50. Scad. ore 12 del 31 ott.

CAVA DEI TIRRENI (*Salerno*). — 1ª condotta. Scad. 30 dic.; L. 6000 e 4 quadrienni dec. oltre L. 1500 cavalc.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

CERVETERI (*Roma*). — Scad. 30 nov.; per le frazioni; L. 10.500 e c.-v., oltre L. 1750 cavalc.; 4 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

CERVO (*Imperia*). — Per titoli. Stipendio lordo L. 7920 già decurtato del 12 %, oltre indennità di L. 3000 annuali per concorso nelle spese di mantenimento dell'automobile, da provvedersi a spese del medico. Età massima anni 35, salvo disposizioni di legge. Lo stipendio base sarà aumentabile di un ventesimo per ogni biennio e per 10 bienni. Documenti di rito. Tassa di concorso lire 50,10. Scadenza 30 novembre. Per maggiori informazioni, rivolgersi alla Segreteria del Comune.

CORCIANO (*Perugia*). — A tutto 20 dic., pel capoluogo; L. 8000 e 5 sessenni dec., oltre L. 600 serv. att., c.-v., L. 2000-4000 trasp.; se uff. san. L. 360; riduz. 12 %; tassa L. 50,10 (al Monte dei Paschi di Siena, succursale di Perugia); doc. a 3 mesi dal 19 sett.; serv. entro 15 gg.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Aiuto nell'Ospedale Sanatorio di Careggi; chiedere annunzio; età lim. 35 a.; L. 7050 decurtate del 12 %, oltre c.-v. e altre indennità; titoli ed esami; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 1° ottobre; scad. ore 16 del 31 ott.

GENOVA. *Municipio.* — Cinque posti di medico-condotto. Per titoli ed esami. Stipendio annuo lordo L. 10.500, ridotte del 12 %, con dieci aumenti biennali del ventesimo. Caro viveri come per gli impiegati statali. Indennità speciale ai titolari delle zone rurali. Età massima anni 35, salvo eccezioni di legge. Documenti di rito. Laurea in medicina e chirurgia e titolo comprovante l'esercizio professionale per un periodo non minore di tre anni Scadenza 30 dicembre. Chiedere avviso di concorso all'Ufficio Personale del Comune di Genova.

GENOVA. *Spedali Civili.* — Primario medico e primario in pediatria chirurgica.

Vice primario chirurgo; id. medico; id. specialista in pediatria medica. Scadenza ore 15 del 24 ottobre. Presentazione dell'istanza e dei documenti alla Segreteria dei detti Spedali (Ospedale S. Martino). (V. precedente N. 41).

GORNO (*Bergamo*). — Scad. 1° dic.; con Oneta; L. 10.000 e quinquenni dec., oltre L. 500 uff. san., L. 2000 cavalc. e disagiata resid.; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

GRANZE (*Padova*). — Scad. 30 ott.; rivolgersi Segreteria com.

MONTELEONE DI SPOLETO (*Perugia*). — Scad. 31 ott.; L. 10.000 e aumenti dec., oltre L. 600 serv. att., c.-v., L. 3000 cavalc.; deduz. 12 %; età lim. 30 a.; tassa L. 50,10.

MONZA. *Ospedale di Circolo Umberto I.* — Scad. ore 18 del 21 nov.; due medici secondari; L. 5000 oltre L. 500 serv. att.; partecipaz.; camera; tassa L. 50; docum. a 3 mesi.

PADOVA. *Comune.* — Il podestà, in relazione all'avviso di concorso ad ufficiale sanitario del Comune, bandito dalla locale R. Prefettura il 15 settembre u. s. sotto i nn. 15690-959 Div. M., avverte che, agli effetti degli aumenti periodici dello stipendio base, è riconosciuto il servizio prestato, anche in forma interinale, presso Amministrazioni comunali precedentemente alla nomina sotto l'osservanza delle disposizioni contenute nel regolamento organico per i dipendenti di questo Comune. Per altre informazioni rivolgersi alla Segreteria Generale del Comune.

PAESANA (*Cuneo*). — Scad. 25 ott.; consorzio; rivolgersi Segreteria com.

PAVIA. — Tre condotte (una interna e due esterne). Stip. rispettivamente L. 12.000 e L. 14.000; c.-v. di legge. Congedo annuale di 30 giorni. I medici delle cond. est. dovranno essere forniti di mezzo di trasporto proprio; quello della cond. est. di levante dovrà prestare servizio di ambulatorio, senza speciale compenso. Scad. 10 dic.

POGGIODOMO (*Perugia*). — Scad. 31 ott.; L. 10.000 e aumenti del decimo, oltre L. 600 serv. att., c.-v., L. 3000 cavalc.; deduz. 12 %; età lim. 30 a.; tassa L. 50,10.

PONTASSIEVE (*Firenze*). — Scad. 30 dic.; 4ª cond. (Santa Brigida); L. 9000 e 8 trienni dec., oltre L. 3500 trasp., c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

ROMA. *Brefotrofio.* — Nomina del Direttore Sanitario; L. 17.000 e 4 quadrienni dec., oltre serv. att. L. 3400 e c.-v. Assunzione di un assistente medico, mediante contratto a termine (posto non di ruolo); L. 4800. Riduzione 12 %. Scad. ore 12 del 15 nov. Tassa L. 50,10. Doc. anter. a 3 mesi dal 5 ott. Rivolgersi alla Presidenza dell'Istituto (via Nicola Fabrizi 7).

S. ILARIO D'ENZA (*Reggio Emilia*). — Scad. 10 dic.; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 indenn. resid., c.-v., L. 3000 automob., L. 750 uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

SONDRIO. *Amministrazione Provinciale.* — Il concorso bandito da questa Provincia in data 31 maggio 1931 per il conferimento del posto di Direttore della Sezione Medico-Micrografica di Sondrio è prorogato alle ore 18 del giorno 30 novembre 1931, ferme restando tutte le altre condizioni riportate nell'originario manifesto.

TORINO. *Sanatorio S. Luigi.* — Chirurgo assistente; chiedere avviso alla Direzione. Scad. 20 nov.

VENEZIA. *Ospedali Civili Riuniti.* — Aiuto nell'Ospedale per le malattie infettive in S. Maria delle Grazie; L. 4560 per i coniugati, L. 4200 per i celibi, oltre L. 1500 disag. resid.; riduz. 12 %; titoli ed esami; età lim. 35 a.; tassa L. 50; laurea da 6 anni; 3 anni in Ospedale di primaria importanza od in Clinica universit. ed 1 in laboratorio d batteriol., oppure 3 in Ospedale di mal. infettive con annesso laborat. di batteriol. Doc. a 3 mesi dal 1° ott. Chied. annunzio.

VERCELLI. *Amministrazione Provinciale.* — Due posti per titoli ed esami: Direttore e Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio di Igiene e Profilassi: *a*) Direttore, stipendio lire 19.000, indennità L. 3000; *b*) Coadiutore, stipendio L. 17.000, indennità L. 2000 annue lorde, ridotte del 12 %.

Sei aumenti quadriennali del decimo sullo stipendio. Scadenza ore 12 del 28 novembre 1931.

Documenti prescritti dall'art. 8 del R. D. 16 gennaio 1927, N. 155, oltre copia dello stato di servizio per chi abbia prestato servizio militare. Assunzione del servizio entro 30 giorni dalla nomina. Regolamento e condizioni visibili presso la Segreteria provinciale nelle ore d'ufficio.

VOLTERRA. *Congregaz. di Carità* — Scad. 29 dic.; due medici di sezione del Frenocomio di S. Girolamo; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi; stip. L. 11 600 e 5 quadrienni dec., indenn. alloggio L. 1500, serv. att. L. 1200, c.-v.; deduz. 12 %.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il dott. Giuseppe Muggia, direttore del Manicomio Provinciale di Sondrio, in seguito a concorso è stato chiamato a dirigere il Manicomio Provinciale di Bergamo.

Il dott. Leuret è nominato professore d'igiene alla Facoltà medica di Bordeaux.

La Facoltà medica di Vienna ha chiamato: il prof. P. Clairmont, da Zurigo, quale successore di v. Eiselsberg alla I Clinica chirurgica; il prof. W. Denk, da Graz, quale successore di Hochenegg alla II Clinica chirurgica; il prof. W. Weibel, da Praga, quale successore del compianto Peham alla Clinica ginecologica.

Il dott. Oscar Eichler, docente privato a Giessen (Germania), è stato chiamato alla cattedra in farmacologia dell'Università Tung-Ci, in Sciangai.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Catania.

Società latina di Oto-rino-laringologia.

Nei giorni 28 e 29 settembre si è svolto a Catania il II Congresso della Società, che è stato una brillante affermazione, oltre che scientifica, anche di affratellamento fra i popoli di razza latina. Presidente del Congresso è stato l'illustre prof. Citelli, ordinario di Clinica Oto-rino-laringoiatrica nell'Università di Catania, al quale si deve la ottima riuscita di questa riunione internazionale cui hanno partecipato molti insigni cultori della disciplina.

La mattina del 28, prima ancora dell'inaugurazione, i congressisti francesi e belgi, con gesto degno di gentilezza latina, si sono recati a deporre una corona nel mausoleo dei Caduti in guerra. I congressisti si sono quindi riuniti tutti nell'Aula Magna della R. Università, ove si è svolta la cerimonia inaugurale. Hanno dato il benvenuto agli ospiti: S. E. il Prefetto, in rappresentanza del Capo del Governo; il Rettore Magnifico, in rappresentanza del Ministro dell'Educazione Nazionale; il Podestà; il Segretario Federale. Tutte le autorità erano rappresentate. Hanno ringraziato: il prof. Chavanne di Lione, per la Società Oto-rino-laringologica latina; il prof. Lemaitre di Parigi, delegato del Governo francese, che ha portato il saluto fraterno del popolo francese; e poi ancora: il prof. Casadesus per la Spagna; il prof. Van Swieten per il Belgio; Quix per l'Olanda; de Mendonça per il Portogallo; Laskievicz per la Polonia; Borsch per la Rumenia. Il prof. Citelli ha quindi tenuto il discorso inaugurale, esprimendo la sua piena soddisfazione nel vedere riuniti nell'Aula Magna del Siculorum Gymnasium tanti insigni cultori dell'Otologia internazionale. Ha quindi ricordato le origini relativamente recenti della Societas latina di Oto-rino-laringologia e il rapido sviluppo preso in pochi anni da questa associazione cui, oltre la missione scientifica, è affidata la missione non meno importante dell'affratellamento fra le genti di razza latina. Ha terminato esprimendo i suoi sensi di grazie al Capo del Governo ed alle Autorità tutte di Catania e di Siracusa che si sono opportunamente cooperate affinchè la Sicilia fosse ancora una volta degna delle sue tradizioni di ospitalità. Subito dopo la cerimonia inaugurale si sono iniziate le sedute scientifiche. Tema di relazione era la « patologia del seno mascellare », su cui sono state fatte importanti comunicazioni dei proff. Ferreri di Roma, de Mendonça di Lisbona, Bouchet di Parigi, Worms del Val-de-Grace, Lemaitre di Parigi, Lasagna di Parma, Jacques di Nancy, Caliceti di Bologna, Bourgeois di Parigi, Brémond di Marsiglia, Carcò di Catania, Pietrantoni di Brescia, Gaillard di Lione, Giussani di Milano.

Nella seduta antimeridiana del 29 hanno comunicato: Torrini di Firenze, Citelli di Catania, Alagna di Palermo, Bruzzi di Napoli, Fairen di Saragoza, Sargnon di Lione, Laskiewicz, Leroux, Malan, Baldenweck, Silvagni, Calvet, Chavanne. Nella seduta pomeridiana ha avuto luogo la interessante discussione sulle comunicazioni fatte ed è stato quindi svolto il secondo tema di relazione: « critica dei metodi d'esame dell'organo vestibolare attualmente usati ». Hanno parlato Quix di Utrecht, Peroni, Pallestrini, Arslan, Ferreri, Tapia. Dopo lo svolgimento di due interessanti conferenze dei proff. Calamida di Milano e Casadesus di Barcellona, rispettivamente sulle modificazioni del ricambio nei loro rapporti con l'Oto-rino-laringologia e sul cancro del laringe, il Congresso ha chiuso i suoi lavori. Nella serata i congressisti hanno partecipato ad un banchetto offerto dal Municipio di Catania. Nella giornata del 30, per invito di quelle Autorità, si è effettuata una bellissima gita a Siracusa.

A. TOMASELLI.

NOTIZIE DIVERSE.

Giornate mediche bonearensi.

Si sono tenute dal 16 al 22 agosto, modellandole su quelle di Bruxelles, sotto il patrocinio dell'Associazione Medica Argentina, presieduta dal prof. Mariano R. Castex. L'inaugurazione assunse molta solennità; v'intervennero i membri del Governo ed il Corpo diplomatico quasi al completo. Per le giornate mediche erano state invitate a Buenos Aires molte personalità del mondo medico internazionale, tra cui lord Berkeley Moynihan, Félix Legueu, sir Arbutnoth Wright, Mario Donati, Arturo Castiglioni, Antonio Austregesilo, Pierre Nobecourt, Karl Fahrenkamp.

Lega catalana contro il reumatismo.

Si è costituita per una lotta efficace contro il dilagare del reumatismo nella Catalogna. È in rapporto con la Lega internazionale contro il reumatismo. Alla presidenza della Giunta direttiva è stato chiamato il Dr. A. Ferrer y Cagigal; la segreteria è stata affidata al Dr. Cirera y Voltá. Per informazioni eventuali rivolgersi alla segreteria (calle Méndez Núñez 18, Barcelona, Spagna).

Associazione professionale internazionale dei medici.

Il Consiglio generale dell'« A. P. I. M. » ha tenuto la sua 6ª sessione annuale a Budapest, dal 10 al 13 settembre. Furono trattati i seguenti temi: l'assicurazione malattie; la conferenza europea d'igiene rurale; assistenza medica rurale; rapporti con le associazioni mediche nazionali; cinematografia educativa; scambi di figli tra medici; ecc.

L'Associazione comprende i Gruppi medici professionali di 30 Nazioni. L'Italia non vi è rappresentata.

Le relazioni e gli atti vengono pubblicati nell'organo ufficiale dell'Associazione, « Revue internationale de médecine professionelle et sociale », rue du Cherche-Midi 95, Paris VIe.

Scuola di perfezionamento in pediatria a Padova.

Col 1° novembre 1931 saranno ripresi, sotto la direzione del prof. G. Frontali, direttore della Clinica pediatrica della R. Università di Padova, gli insegnamenti della Scuola biennale di Perfezionamento in Pediatria, la quale dà adito secondo le vigenti leggi al titolo di Specialista Pediatra.

Il Corso implica stretto obbligo di frequenza in Clinica. Gli inscritti presteranno servizio nell'ambulatorio e nelle varie sezioni della Clinica, che rimane aperta tutto l'anno. Al termine del primo anno essi dovranno sostenere un esame di profitto. Alla fine del secondo anno sosterranno un esame clinico e discuteranno una tesi di argomento pediatrico.

Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Segreteria della Facoltà di medicina e chirurgia nella R. Università di Padova.

Scuola di perfezionamento in tisiologia a Milano.

Presso la R. Università di Milano, alle Scuole di Perfezionamento che conferiscono il titolo di specialista nelle varie discipline medico-chirurgiche, ne è stata aggiunta una in tisiologia e malattie dell'apparato respiratorio.

La durata del corso è di due anni, e vi sono ammessi i laureati in medicina e chirurgia.

Le iscrizioni si ricevono presso la Segreteria della Facoltà di medicina e chirurgia (corso Roma 10).

Corsi di perfezionamento a Vienna.

Si è pubblicato il programma completo dei corsi che si terranno presso la Facoltà medica di Vienna durante l'anno scolastico 1931-1932 (1° settembre 1931-31 agosto 1932); essi coprono tutti i campi della medicina e rispondono a tutte le esigenze.

Richiedere l'opuscolo alla « Kursorganisation der Wiener Medizinischen Fakultät », Helferstorferstrasse 1, Schottengasse 4, Wien I, Austria.

Corso di medicina e assistenza sociale per medici dell'America Latina.

Questo corso, a carattere pratico e dimostrativo, è promosso dalla « Istituzione perpetua Antonio ed Elina Devoto », eretta presso la R. Università di Milano con fondi e interessi disposti allo scopo dalla defunta contessa Elina Devoto nata Pombo.

Il corso si propone di far conoscere ai medici dell'America Latina le organizzazioni italiane più notevoli nel campo dell'assistenza e dell'igiene sociale. I corsi avranno luogo ogni anno nel mese di giugno, in cui molti americani del sud si trovano in Europa. Il corso del 1932 durerà dal 1° al 18 giugno; si svolgerà a Milano, Pavia, Salice, Pietraligure, Genova, Chiavari. Non vi è tassa d'iscrizione. Il corso è limitato a 40 medici; se non sarà raggiunto questo limite, potranno essere ammessi altri cittadini dell'America Latina, che si interessino ai problemi della medicina e dell'igiene sociali. Domande al Rettore della R. Università di Milano. Informazioni presso la R. Clinica del Lavoro, Istituzione Antonio ed Elina Devoto, via S. Barnaba 8, Milano.

La città-ospedale di Livorno.

È sorta, su progetto dell'ing. Massimo Settimi e dell'architetto Giulio Venturi, sopra un'area estesa 110.000 mq., di cui 16.000 coperti da quindici grandi fabbricati, in prossimità del viale che dal centro della città conduce alla stazione.

Nell'edifizio principale sono allogate l'amministrazione, la direzione, i gabinetti scientifici, la farmacia ed una casa di cura. L'ospedale propriamente detto risulta di sei padiglioni, capaci di 164 letti ciascuno, in camerate di 11-14 letti ed in camere ad un letto. A parte sorgono la chiesa, la cucina, la lavanderia, ecc. Gli edifizi sono collegati tra loro da porticati. Il tutto è in pretto stile toscano, di una sobria eleganza. Patrocinatore e propulsore dell'opera è stato l'on. Costanzo Ciano. Il costo complessivo, malgrado la più stretta economia, si è elevato a 26 milioni di lire. L'inaugurazione dell'opera grandiosa avrà luogo il 28 corrente.

Il nuovo Istituto di cerebrologia a Berlino.

L'instancabile « Società Imperatore Guglielmo per il progresso delle scienze » ha fondato questo grandioso Istituto che sorge al nord di Berlino, a Buch, in rapporto col manicomio. L'edifizio, in stile moderno, comprende 150 ambienti, in cui sono distribuiti i vari servizi. Le indagini d'ordine anatomo-istologico sono quanto è più possibile complete. I cervelli destinati all'esame, dopo essere stati fotografati in 12 posizioni diverse, vengono sezionati: di ogni cervello si eseguono 35.000 sezioni in media, e il costo di tale preparazione ammonta a 6000 marchi, ossia circa 25.000 lire it.; si posseggono ormai milioni di sezioni, custodite in camere blindate, a prova d'incendio. Eseguite le sezioni, comincia il vero lavoro di ricerca, affidato ad istologi.

Un dipartimento di fisiologia studia tutte le funzioni cerebrali, dalle sensazioni agli istinti, alla intelligenza. Una sezione speciale indaga, negli insetti, le influenze dell'ambiente, dell'alimentazione ecc. sulle funzioni neuro-psichiche. In un dipartimento psicologico si effettuano ricerche su soggetti normali e malati. Un dipartimento genesico indaga i problemi di eredobiologia. È ancora in via di costruzione una clinica, che comprenderà 48 ambienti. La direzione dell'Istituto è affidata al prof. Oskar Vogt.

Si stima che i progressi dell'umanità potranno essere accelerati indagando i fattori che condizionano il funzionamento cerebrale; perciò nessuna spesa sembra bastevole per ricerche del genere.

Istituto internazionale di leprologia nel Brasile.

Sorgerà in collegamento con l'Istituto Osvaldo Cruz di Rio de Janeiro, con vari lebbrosari e con altre istituzioni. Il programma è stato elaborato col concorso del prof. B. Nocht, inviato dal Comitato d'Igiene della Società delle Nazioni. Alla spesa concorrerà il dott. Eduardo Guinle, noto filantropo, detto « il Rockefeller del Brasile ».

Ampliamento della Clinica “ Luigi Mangiagalli „ in Milano.

In merito all'ampliamento della Clinica ostetrico-ginecologica « Luigi Mangiagalli » di Milano, il Rettorato della provincia ha deciso di concedere la fidejussione per il mutuo che si deve contrarre onde procedere ai lavori. Si tratta della costruzione di un grande palazzo, annesso alla clinica attuale di via Commenda, e del sovralzo di un piano dell'attuale costruzione. Il progetto è opera disinteressata dell'ing. Chierichetti, vice presidente del Consiglio di amministrazione, e l'ampliamento mette in condizione la Clinica di dare assistenza a 400 puerpere, mentre attualmente il loro numero non può superare le 250.

Arricchito inoltre il materiale scientifico, ampliati e sviluppati tutti i servizi, la Clinica verrà ad essere quale la sognò il suo fondatore, un'istituzione modello, la più grande d'Europa.

Nella stessa seduta, venne deliberato di procedere ad opere di sistemazione e adattamento della Villa Marelli, per trasferirvi, in più degna sede, il Consorzio antitubercolare provinciale e la sezione d'igiene sociale del Comune.

Padiglione Granelli all'Ospedale Maggiore di Milano.

È stata effettuata la posa della prima pietra del padiglione che il gr. uff. Ezio Granelli ha deciso di donare all'Ospedale Maggiore di Milano in me-

moria del figlio Bruno. Alla cerimonia assisteva il presidente del Consiglio degli Istituti ospedalieri, avv. Della Porta. La benedizione venne impartita dal Rettore Vicario.

Il padiglione sarà capace di 120 letti e vi avrà sede l'Istituto di patologia speciale medica. La costruzione richiederà incirca due anni.

Il trasloco dell'Ospedale Militare di Milano.

L'Ospedale Militare di Milano è stato trasferito nella sua nuova sede, alla città delle caserme in Baggio. L'Università Cattolica ha preso possesso del vecchio edifizio di piazza Sant'Ambrogio, dove, debitamente trasformato e restaurato, trasferirà le sue aule, la sua Biblioteca, i suoi uffici del Rettorato e delle varie facoltà, mentre gli uffici di amministrazione rimarranno nel palazzo costruito appositamente sulla stessa piazza e già collegato con la nuova sede.

Ospedale religioso a Berlino.

A Berlino-Wilmersdorf è stata inaugurata, dalla Congregazione Religiosa di Santa Caterina, una Casa di salute moderna, con carattere caritatevole, capace di 580 letti, divisi in più sezioni: clinica interna, chirurgica, ostetrica, ginecologica, infantile, nido per lattanti, radiologia, specialità; è valutata 3.600.000 marchi, ossia circa 15 milioni di lire it. Il Ministero della Salute pubblica ha assegnato all'ospedale una sovvenzione di 150.000 marchi, per provvedere alle installazioni.

Ambulatorio prenuziale a Parigi.

È stato inaugurato a Parigi un ambulatorio per visite prenuziali. I coniugandi possono farsi visitare ed essere informati sulle loro condizioni di salute, in previsione del matrimonio; su ogni caso vien estesa una relazione, che si comunica solo al soggetto, il quale, in base ad essa, giudica se può assumersi o no la responsabilità del matrimonio. Vengono anche impartiti utili consigli.

Nuove disposizioni per la salute della gioventù universitaria italiana.

Con Decreto Legge in data 29 agosto 1931 sono stabilite disposizioni dirette all'assistenza preventiva e curativa della gioventù universitaria; in particolare si dispone che l'Opera delle Università e degli Istituti d'istruzione superiore a cui è riconosciuta personalità giuridica, deve organizzare un *Ufficio sanitario*, per provvedere gratuitamente all'esame preventivo periodico dello stato di salute degli studenti, alla prescrizione di eventuali misure profilattiche ed alla cura degli studenti infermi in condizioni disagiate.

Ne daremo ulteriori notizie.

Consultazioni radio-mediche in Francia.

Il ministro delle poste francesi, on. Guernier, ha istituito le consultazioni radio-mediche per le navi sfornite di medico, a partire dal 1° settembre. Potranno essere consultate le seguenti stazioni: Le Havre-Radio, Sainte-Marie-de-la-Mer-Radio, Marseille-Radio e Bordeaux-Port-Radio. Il servizio è gratuito.

L'iniziativa presa dal Belgio tre anni or sono ha, ormai, fatto la sua strada: gli Stati Uniti, la Francia e altri Paesi hanno seguito l'esempio e l'ufficio internazionale d'igiene pubblica ha fatto, delle consultazioni mediche per radio in alto mare, oggetto di studi e di proposte.

Incendio alla Facoltà medica di Siviglia.

Un grave incendio sviluppatosi nella sala del protocollo, ove erano stati accumulati materiali da costruzione, ha danneggiato gravemente l'edifizio della Facoltà. Il materiale dei laboratori d'istologia e di fisiologia è andato distrutto; così pure alcuni mobili di valore, un soffitto a cassettoni artistico del secolo XV ed una magnifica raccolta di porcellane dello stesso secolo.

Missione scientifica italiana nella Guiana inglese.

È stata promossa dal dott. Cesare Romiti, già allievo del prof. Taddei a Pisa ed attualmente chirurgo all'Ospedale Mackenzie, che appartiene alla possente « Demerara Bauxite Company » della Guiana inglese. La spedizione, composta da un gruppo di studiosi italiani, è diretta dal prof. Nello Beccari; è fornita di mezzi per la ricerca e la raccolta di materiale scientifico vario. Partita da Genova il 18 agosto, si fermerà nella Guiana circa sei mesi.

Viaggio medico internazionale.

La « Société Médicale du Litoral Méditerranéen » ha organizzato l'8° viaggio natalizio sulla Costa Azzurra. Esso verrà presieduto dal prof. Balthazard, decano della Facoltà medica di Parigi, e diretto dai proff. Laignel-Lavastine e Duhot, delle Facoltà mediche di Parigi e di Lilla. Inizio del viaggio a Marsiglia il 27 dicembre; verranno toccate e visitate molte località, tra cui Cannes, Antibes, Nizza, Mentone, Bordighera, San Remo, Ospedaletti, Monaco, Monte Carlo, Beaulieu; il viaggio si chiuderà a Nizza il 9 gennaio. Su richiesta, potranno aver luogo due escursioni in Corsica. Chiedere informazioni alla Società, rue Verdi 24, Nizza.

Deontologia medica.

Il Consiglio d'amministrazione del Sindacato Medico della Senna ricorda ai propi soci che, in conformità all'art. 3 del Regolamento di deontologia medica, approvato dalla Confederazione dei Sindacati Medici Francesi, il medico non deve avere, per la ricerca della clientela, che procedimenti corretti. Sono vietati come non corretti: la pubblicità nominativa; gli annunzi mediante affissioni; la distribuzione di prospetti, fogli volanti, opuscoli; le insegne o le targhe murali d'apparenza commerciale; la pubblicazione di articoli con apparenza scientifica, scritti a scopo di réclame.

L'organo ufficiale dell'Associazione Colonie Fluviali.

Su proposta del sen. prof. Umberto Gabbi, i Congressisti radunati a Guastalla il 4 ottobre 1931, per il 1° Convegno Colonie Fluviali Padane, hanno deliberato di rendere organo ufficiale della neo-costituita associazione la « Gazzetta Medica Lombarda ».

Premio letterario ad un medico.

Il premio letterario « Viareggio » dell'importo di L. 10.000, è stato assegnato al dott. Corrado Tumiati per il volume « I tetti rossi ». Pare che il collega — cultore della psichiatria — abbia lasciato l'esercizio medico per la letteratura.

ANTONIO DIONISI

Il 19 settembre a Salice di Voghera si spegneva improvvisamente il prof. ANTONIO DIONISI, Accademico d'Italia, mentre presiedeva la seduta inaugurale del Congresso pel reumatismo.

La Scienza italiana perde uno dei suoi cultori più insigni ed entusiasti, e la Patria uno dei suoi figli più eletti.

Nato a Pietracamela (Teramo) il 29 aprile 1866, conseguì la laurea in medicina e chirurgia nella R. Università di Roma nel 1890.

Dal gennaio all'ottobre 1891 fu assistente di Patologia generale nel R. Istituto di Studi superiori di Firenze, diretto dal sen. prof. Alessandro Lustig.

Da tale anno al 1903 coprì successivamente la carica di assistente volontario, di settore, e di aiuto presso la Cattedra di Anatomia Patologica dell'Università di Roma, diretta dal prof. Ettore Marchiafava.

Nel 1901 conseguì la libera docenza per titoli in anatomia patologica.

In seguito a pubblico concorso nel 1904 fu nominato direttore dell'Istituto di Anatomia Patologica di Modena, ove rimase fino al 1910, nel quale anno fu chiamato all'insegnamento della stessa disciplina presso l'Università di Palermo; nel 1922 successe nella Cattedra di Roma al Maestro.

Fu socio ordinario della Società Lancisiana degli Ospedali di Roma, membro ordinario della Reale Accademia Medica di Roma, e della Società Medica di Modena, membro della Reale Accademia di Scienze, Lettere e Arti di Modena, Socio corrispondente dell'Accademia di Scienze, Lettere e Arti di Palermo, Socio corrispondente della Reale Accademia dei Lincei.

Il 27 settembre 1929, a riconoscimento dei Suoi altissimi meriti di Scienziato, delle Sue benemerenze come insegnante e come cittadino, e per la sua opera altamente patriottica esplicata presso le truppe operanti durante la grande guerra, fu designato al Duce e da Lui nominato membro della R. Accademia d'Italia.

Vissuto in una scuola dove fervevano le ricerche sull'etiologia e sui problemi inerenti alla patologia della malaria, Egli vi si dedicò con tutto l'entusiasmo dei suoi giovani anni, e perseguì i problemi affrontati con quella tenacia propria della forte gente d'Abruzzo, portando dei contributi notevolissimi, tra i quali alcuni — per riconoscimento unanime degli studiosi — assurgono al valore di una scoperta.

Gli studi principali furono essenzialmente diretti alla soluzione del problema fondamentale dell'etiologia della malaria.

Egli per il primo (1889-90) indagò il comportamento degli elementi figurati del sangue nelle febbri malariche, spontanee e provocate nell'uomo, contribuendo potentemente a stabilire la differenza di comportamento dei vari parassiti malarici, della quartana cioè, della terzana comune e dell'estivo-autunnale, sia nello stabilirsi dell'anemia malarica che nella ricostituzione del sangue.

Questi risultati fornirono uno degli argomenti per sostenere la specificità dei parassiti delle febbri malariche.

In un lavoro successivo (1894) in collaborazione col Bignami fissava le caratteristiche delle anemie postmalariche, che ricevettero piena conferma dalle ricerche degli altri studiosi.

In un secondo gruppo di lavori contribuì, per quanto in maniera indiretta, ad avvalorare l'ipotesi che la malaria umana fosse trasmessa da un insetto ematofago. A tale risultato fu indotto dall'osservazione della somiglianza assoluta tra il quadro anatomico della malaria dei bovini, e l'emoglobinuria della malaria umana.

Era infatti stato già dimostrato da Smith e Kilborne che la infezione da pirosoma bigemino era trasmessa dalle zecche.

Nelle ricerche compiute nella campagna romana ebbe a indagare se nei pipistrelli, che abitavano numerosi nei casolari di questa, esistesse un parassita che avesse rapporto con la malaria umana e quale ne fosse l'eventuale ciclo biologico. Questi studi lo portarono alla scoperta delle tre specie di parassiti della malaria dei pipistrelli e alla dimostrazione che essi non hanno alcun rapporto con la malaria umana.

Studiandone il ciclo di sviluppo faceva rilevare possibili analogie di significato di alcune fasi di sviluppo dei parassiti dei pipistrelli rispetto a quelli della malaria umana (1898).

Del più alto interesse furono i tentativi sperimentali di cultura dell'Halteridium dei piccioni nel Culex pipiens (1898). Tali ricerche, pubblicate prima della scoperta di Ross sulla trasmissione del proteosoma dei passeri, per quanto avessero risultato negativo, valsero a mantenere viva l'ipotesi della trasmissione della malaria a mezzo delle zanzare.

Infatti il Dionisi avanzò l'ipotesi che i risultati negativi di queste ricerche, come di precedenti tentativi condotti in collaborazione col Bignami di trasmissione della malaria all'uomo sottoponendolo alle punture di zanzare raccolte in luo-

ghi malarici, potessero dipendere dal non aver adoperato *specie adatte*.

Con ricerche condotte sopra i malarici di Maccarese, Dionisi si propose di studiare sistematicamente (1899-1900), ciò che non era stato ancora fatto, il reperto parassitario dei malarici recidivi nei mesi che precedono l'insorgere delle nuove infezioni.

Potè dimostrare che non era precisabile il legame tra le nuove infezioni estivo-autunnali e il reperto gametico corrispondente al periodo preepidemico.

Prestò la Sua opera nella compilazione delle norme tecniche per la campagna antimalarica, ciò che gli valse l'assegnazione di una medaglia di benemerenza dal Municipio di Roma (1900).

* * *

Accanto a questi che costituiscono la parte più saliente dell'opera scientifica del Maestro, vanno ricordati altri lavori relativi alla patologia del sangue e dell'apparato linfatico, le ricerche anatomiche sulla broncopolmonite verminosa delle pecore, quelle su l'induramento polmonare consecutivo alla polmonite fibrinosa, quelle sull'anatomia patologica della leishmaniosi, lo studio sulle classificazioni patogenetiche degli itteri, e altre osservazioni di casuistica anatomo-patologica.

In tutti questi lavori spicca sempre l'acume dell'osservatore nei rilevare i dati più salienti delle singole questioni indagate.

Collaborò inoltre alla compilazione del Trattato di Lustig sulle Malattie infettive dell'uomo e degli animali, con tre lavori monografici, sulla malaria, sull'Heine-Medin, sulla leishmaniosi; e dettò, richiestone dal Comando Supremo del nostro Esercito in guerra, le norme per la profilassi e la cura della malaria.

Meritano infine di essere ricordate: la sua conferenza sul « Concetto di malattia », e la prolusione tenuta nell'iniziare il Suo insegnamento dell'anatomia patologica nell'Università di Roma sui « compiti dell'analisi anatomica nella patologia ». In esse il Dionisi espone in sintesi il Suo pensiero scientifico sulla patologia, e sulla anatomia patologica in ispecie, quale disciplina e quale insegnamento.

Insieme all'appassionato amore per la ricerca scientifica, Antonio Dionisi ebbe altissimo il sentimento del dovere; e la sua funzione d'insegnante esplicò come un apostolato, prodigando quotidianamente ogni Sua attività sia nel preparare e nel dettare lezioni mirabili per completezza e aggiornamento degli argomenti trattati, sia col suscitare l'amore della ricerca nei Suoi allievi diretti, e in quanti ricorrevano a Lui per consiglio e suggerimenti di temi di lavoro. La scolaresca, che sempre numerosa affollava le Sue aule, intuiva queste doti dell'Uomo, e Lo ricambiava di una devozione incondizionata.

Nella vita ebbe sempre a norma di ogni Suo atto l'onestà più rigida, e tale sentimento portò nella ricerca scientifica, esigendo anche sempre dai suoi collaboratori il massimo scrupolo nel redigere i lavori.

Tanto era disinteressato il Suo amore per la ricerca, così forte l'entusiasmo di diffondere la cultura scientifica, che si prodigava nello aiutare i giovani che a Lui facevano ricorso, da permetter loro di condurre a termine lavori anche di notevole interesse, senza che risultassero neppure come eseguiti sotto la Sua direzione.

Nei rapporti con quanti ebbero la fortuna di frequentarlo fu sempre affabile e gioviale; per i Suoi allievi diretti ebbe un affetto paterno, non solo preoccupandosi del loro avvenire scientifico, ma anche prendendo viva parte, con delicatezza impareggiabile, alle vicende della loro vita famigliare.

Non meno grande che per la Famiglia e per la Scienza fu la Sua devozione per la Patria, di che dette prova durante la grande guerra europea.

Fin dall'inizio del nostro intervento, Antonio Dionisi chiese di essere arruolato come volontario.

Preposto alla direzione dei servizi di profilassi antimalarica per la Terza Armata, si dedicò con abnegazione e con fede inesauribile alla cura e alla profilassi dei soldati, dislocati nel basso Isonzo prima, e nella regione di Caposile dopo la ritirata.

Più che con qualunque commento di appassionata testimonianza di chi lo seguì nell'esplicazione di entrambe queste Sue attività, il riconoscimento alla Sua opera risulta da una lettera di S. E. il Generale Tettoni, comandante del 7° Corpo d'Armata sul Basso Isonzo, e dalla motivazione della medaglia di argento al valore militare, conferitagli da S. A. R. il Duca d'Aosta, che lo degnò sempre della Sua benevolenza.

Scrive il Tettoni al Dionisi:

« La mia riconoscenza per quanto Ella ha fatto « per i soldati del 7° Corpo d'Armata non è possibile esprimerla, perchè la Sua fu opera di apostolo, e si deve al Suo grande prestigio, che « tanto giustamente godeva presso noi tutti, e « sopratutto all'opera Sua continua, senza riposo, « al sereno e al turbine, nella quieta sospensione « delle offese e sotto le violenti raffiche del nemico, se molte vite furono risparmiate ».

Non meno eloquente risulta il riconoscimento dei Suoi meriti dalla motivazione della medaglia d'argento al valor militare:

« Preposto al servizio di profilassi antimalarica « presso le truppe operanti, noncurante dei gravi pericoli, con continuata frequenza si recava nelle linee più avanzate, portando ovunque « la sua opera instancabile, fattiva ». — Altipiano Carsico, 1916-1917.

Fu insignito inoltre di due Croci al merito di guerra.

* * *

La morte lo colpì come la « morte purpurea » sul campo.

Non vi fu interruzione nella Sua radiosa giornata di studioso, di appassionato indagatore, e di suscitatore di energie in quanti ebbero la ventura di condividere la Sua vita di lavoro.

Cadde — come fu detto — mentre inaugurava a Salice Terme il Congresso pel reumatismo, che si teneva nei locali della Colonia idro-climatica di quella stazione, dipendente dalla Clinica del Lavoro di Milano. Concludeva, in tal guisa, la Sua partecipazione al Congresso della Società Italiana per il progresso delle Scienze, ove si era recato per sostenere con la Sua autorità il valore della produzione scientifica italiana di fronte a misconoscimenti stranieri, anche recenti.

La Sua figura nobile e gagliarda si abbattè mentre brillavano nella Sua mente vividi pensieri di italianità, di umanità, di scienza, di quel trinomio cioè per il quale nutriva un culto quasi religioso: e nelle braccia della Elettissima Compagna della Sua vita esalò l'ultimo Suo respiro mortale!

Allo Scienziato e al Maestro vada l'onore perenne che si porta alla memoria dei Grandi e dei Buoni.

Proff. F. GUCCIONE - G. BOMPIANI.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Deut. Med. Woch., 7 ag. — Schottmüller. Trattam. dei cardiaci. — P. Schmidt e Kairies. Genesi del « catarro » da freddo.

Presse Méd., 5 ag. — Conzette. Epicondilite dei giocatori di tennis e degli schermitori.

Riv. Patol. e Cl. d. Tub., 31 lug. — R. Viviani. Tubercolosi della terza porzione del duodeno. — B. Boggian. Cutireaz. alla tubercolina e malaria.

Haemat., IV. — G. Pansini. Iperplasia del timo con metaplasia mieloide. — C. Dessylla. Malattia di Jaksch-Luzet.

Nutrition, 5. — Numero sulle sequele tropicali.

Accad. Medica, 15 ag. — M. Capocaccia. Anat. patol. dell'ergosterismo. — F. Fedeli, V. Vallebona. Azione del bisturi elettrico sulla sostanza cerebral.

Presse Méd., 8 ag. — P. Nayrac e A. Breton. L'eredità paterna in materia di tbc.

Journal A. M. A., 1 ag. — W. Freeman. Psicochimica. — L. Porter Sutton. Trattam. della corea con febbre provocata.

Minerva Med., 4 ag. — F. Rocchi. Diagn. e terapia di alcune forme morbose bronchiali e polm.

Ann. d'Ig., lug. — C. Gorini. Batteri acidoresistenti e termofili nella pasteurizzazione del latte. — G. Sampietro. Encefaliti post-infettive.

Prensa Méd. Arg., 20 lug. — C. de Tommaso. Acidosi e alcalosi post-operatorie.

Hospital Argentino, 30 giu. — E. Leschke. Sistema nerv. vegetat. e ipertonia.

Id., 15 lug. — A. Camauër. Epilessia ipofisaria.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., 1 ag. — A. Castellani. Malattie tropicali minori.

Surg., Gyn. a. Obst., ag. — E. Moniz e al. Encefalografia arteriosa. — L. A. Santzounis. Lussazione dei menischi del ginocchio.

Wien. Kl. Woch., 14 ag. — Flaum. Secrez. interna della milza. — H. Siegmund. Diagn. biolog. del corioepitelio ritenuto, della mola e del corioepitelioma dall'urina.

Münch. Med. Woch., 14 ag. — Kruse. Reumatismo, malattie da refrigerazione e afanozoi.

Deut. Med. Woch., 14 ag. — W. Müller. I nuovi trattamenti delle fratture.

Ann. de Méd., giu. — E. Avaritsiotis. Neurotropismo della dengue. — C. Auguste. Impiego dell'argon nel pneumotor. artif.

Indice alfabetico per materie.

V. Ascoli †, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII Roma, 26 Ottobre 1931 - IX Num. 43

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVILE DI MONOPOLI.

La narcosi al protossido d'azoto negli interventi addominali

per il dott. NICOLA LA GRAVINESE,
chirurgo primario.

Chi dà uno sguardo alla recente ma scarsa letteratura italiana sulla narcosi con protossido d'azoto riporta in genere l'impressione che tale narcosi debba limitarsi a quella che comunemente si suol chiamare, con scarsa proprietà, chirurgia esterna. E che magari, con l'aggiunta dell'etere, si possa estendere la sua indicazione anche a piccoli interventi addominali in soggetti defedati e cachettici.

Sicchè giustamente vi è stato taluno che sia in Ospedali che in istituti privati non ha creduto opportuno di completare la propria installazione con un costoso apparecchio di narcosi ad indicazioni limitate.

Pertanto noi abbiamo dato disposizioni al nostro narcotizzatore di prendere nota di ogni minimo rilievo e di ogni dato insorto nel corrente di ogni intervento laparotomico e addominale importante (apparecchio urinario) eseguito in narcosi al protossido, col programma di riepilogare e riassumere i suoi dati dopo almeno trecento interventi siffatti, in modo da metterci in grado di rendere note delle conclusioni che potessero eventualmente costituire delle direttive già maturamente vagliate.

Ed ora che noi riassumiamo tali dati, dobbiamo dichiarare che anche la nostra mentalità, a riguardo dell'impiego del protossido di azoto, si è andata progressivamente trasformando di mano in mano che si passava dagli apparecchi, diciamo così primitivi, agli altri più perfezionati.

Le narcosi col protossido fatte con dosaggio *gefühlsmässig*, come dice il Fohl (*Zentralblatt für Chirurgie*, 1928, n. 11), cioè sulla impressione e sulla guida dei sensi, sono un po' alla cieca ed *au petit bonheur*. Ed erano in fondo le narcosi cui noi eravamo abituati con gli apparecchi di Desmarest e di Fohl. Quali sono in conclusione i sensi che possono guidare il narcotizzatore nel dosaggio del gas? Quello della cianosi per aumentare l'ossigeno e gli accenni di ripresa di sensibilità per aumentare il protossido. Poichè dei riflessi non

è a parlare, a causa della loro permanenza pressochè costante. Quindi direttiva basata essenzialmente su apprezzamenti di impressione individuale e soggettiva oltremodo fallace.

E non unica o generale, ma variabile da narcotizzatore a narcotizzatore e da ambiente ad ambiente.

In fondo, una buona narcosi al protossido deve decorrere lungo un limite non molto lontano dall'asfissia e mantenuta costantemente su tale confine, se si desidera che l'anestesia sia il più che possibile profonda, ed il rilasciamento il più che possibile sufficiente.

Come si può pretendere con un dosaggio *gefühlsmässig*, che il narcotizzatore si mantenga senza nozione esatta di misura lungo un limite ed un confine incerto e pericoloso? Uno più ardito, più esperimentato, più calmo, non ancora scottato da infortuni sul lavoro, si approssima di più a tale confine e dà varianti meno sensibili all'operatore.

Un altro più pavido, più prudente, magari già provato da precedenti incidenti asfittici gravi, si mantiene più lontano dalla zona pericolosa, preferendo di mettere nell'imbarazzo l'operatore, piuttosto che impegnare la propria responsabilità in guai peggiori.

Conseguenza: impossibile ottenere una anestesia eguale, costante, il meglio che si possa profonda senza disporre di una misurazione rigorosamente esatta e precisa nella miscela ossigeno protossido, che diversamente è di difficilissima valutazione sulla guida dei sensi.

È cosa di per sè stessa già incerta e difficoltosa senza apparecchi e recipienti di misurazione farla con il cloroformio e con l'etere

Interventi	Loro numero totale	Solo protossido	Aggiunzione etere meno di 10 cc.	Aggiunzione etere meno di 20 cc.	Aggiunzione etere oltre 20 cc.	Aggiunzione anestesia locale	Durata media approssimativa della narcosi	Complicanze	Annotazioni (Quasi tutti gli interventi sono stati eseguiti col coltello diatermico)
Appendicectomie . .	122	48	23	51	—	—	minuti 30	—	
Colecistectomie con appendicectomie .	38	—	19	15	9	—	45.6	Due congestioni polmonari lievi: 50 cc. di etere.	
Colecistectomie . .	19	8	6	2	3	—	45.0	Una congestione polmonare lieve: 60 cc. di etere.	
Coledocotomie . .	6	—	—	4	5	—	60.0	Un morto broncopulmonite: 80 cc. etere.	
Stomaco - G. Enterostomie	52	27 Con anestesia locale	9	11	5	27 Con solo protossido	35.6	Tre congestioni polmonari lievi: circa 40 cc. etere.	La narcosi è stata eseguita 27 volte sulle G. E. in aggiunta all'anestesia locale per la chiusura dell'addome. Negli altri casi la durata breve dell'intervento è dovuta all'impiego del coltello diatermico con la tecnica dell'anastomosi chiusa. Anche nelle resezioni il protossido è stato impiegato per la chiusura della parete.
Stomaco - Resezioni	18	18	—	—	—	18	20.6 chiusura addome	Un morto ipostasi polmonare. Carcinoma.	
Isterectomie subtotali con appendicectomie	9	—	—	2	7	—	45.0	—	
Simpaticectomie pelviche appendicectomie	21	—	—	13	8	—	35.0	—	
Ligamentopessie appendicectomie . . .	6	—	—	—	6	—	35.0	—	
Ano iilaco	8	8	—	—	—	—	20.0	—	
Ileosigmodostomie appendicectomie .	2	—	—	—	2	—	45.0	—	
Resezioni intestinali	16	9 di cui 4 con locale totale	—	—	7	4 con eg. solo protossido	varia	—	
Rene	13	12	—	—	1		45.0	—	
Cistotomie	22	22	—	—	—	—	30.0	—	
Prostatectomie . . .	2	—	—	—	2	—	30.0	—	
Totali . . .	354	152	57	90	55	9(1)			

(1) Le cifre ed il totale di questa colonna figurano anche nella seconda colonna, vale a dire in quella del protossido senza etere dove sono quindi ripetute.

così come in fondo hanno imparato a fare a noi all'inizio della nostra carriera. Eppure si trattava di liquidi che si somministravano misurandoli a goccie. Immaginiamo dei gas che non si vedono, che non si sa sotto che pressione e volume sfuggono, e come si mescolano.

Ci pare che sia un pretendere troppo dai sensi del narcotizzatore, con la conseguenza di mettere a carico suo o a carico del protossido i risultati non soddisfacenti.

È così infatti che si arriva alle conclusioni oggi in genere prevalenti, secondo le quali bisognerebbe limitare l'impiego del protossido, così come si è detto, alla sola chirurgia esterna.

Ora, per quello che noi verremo qui esponendo ci pare che bisogna a riguardo modificare tali conclusioni poichè i risultati da noi ottenuti non sono punto concordi con quello che generalmente si afferma dal momento che noi abbiamo potuto servirci correntemente della narcosi al protossido per quasi tutti gli interventi cavitari.

Ricapitoliamo perciò i nostri casi non senza prima esprimere il più vivo compiacimento al nostro narcotizzatore dottor Giacomo Caracciolo per la sua rara perizia di vero specializzato in materia ed il cui studio e le cui osservazioni ci han fornito la materia per trattare questo argomento.

Dapprima uno sguardo di insieme nel riassunto numerico. (Vedi Specchio a pag. prec.).

Tutti gli operati ricevono circa un'ora prima dell'intervento una iniezione di Somnifen Roche ovvero di M. A. S. Zambeletti ovvero di Lipson Molteni, meno i casi in cui si dà il protossido in aggiunta all'anestesia locale, i quali vengono soltanto morfinizzati, ed eccetto ben inteso i cachettici o quelli che presentano fenomeni di insufficienza epatica che ricevono analettici, sono fortemente idratati con sieri, e possibilmente vengono anche trafusi.

Le piccole quantità di etere, date in aggiunta, assai spesso non vengono date allo scopo di approfondire la narcosi, ma allo scopo di diminuire il protossido quando intervengono fenomeni di asfissia. Tale diminuzione importerebbe naturalmente il rischio di risveglio, al quale si ovvia con la somministrazione di etere mentre continua a fluire l'ossigeno.

Anzi un particolare dell'apparecchio Draeger che è quello che noi usiamo è che l'aumento dell'etere importa automaticamente aumento di ossigeno, sicchè la necessità di combattere efficacemente l'asfissia non importa ma il rischio del risveglio che anzi la narcosi viene ad approfondirsi.

Ma la caratteristica principale dell'apparecchio Draeger è la possibilità di operare con assoluta certezza le necessarie modificazioni sulla miscela Ossigeno-Protossido. Potendosi controllare il passaggio del protossido nella misura 2-4-6 litri al minuto, in modo da operarne il miscuglio a piacimento con gradazioni di ossigeno che vanno dal 5 al 30 %, in qualsiasi momento, senza interruzione della narcosi.

Sicchè secondo l'opportunità si può istantaneamente variare la miscela, senza tentare dosi di assaggio, malsicure in un senso e nell'altro, sapendo sempre con esattezza quello che si dà, senza bisogno di perdersi in particolari di manovra, in maniera che la attenzione non viene deviata dal controllo costante dell'infermo.

Non entriamo nel dettaglio di altri particolari, quali quello della respirazione a ciclo chiuso, e quello del dispositivo dell'iperpressione per limitare la differenza di pressione al massimo di 1 cm. e quindi ovviare all'inconveniente della minore espansione in profondità, che il protossido presenta di fronte ai gas esplosivi, come il narcilene e l'etilene.

Questi particolari sebbene siano di grande utilità pratica esulano dal compito che noi oggi ci prefiggiamo e che è quello di mettere in evidenza il vantaggio dell'impiego del protossido e non già quello dell'apparecchio.

Sebbene poi in definitiva dalla nostra esperienza emerga, che senza un adatto apparecchio a dosaggio di miscela esattamente controllabile non si possa ottenere una narcosi efficace, eguale e duratura.

Un fatto invece su cui vogliamo vivamente richiamare l'attenzione poichè la sua valutazione non ci sembra che abbia prodotto un proporzionato e meritevole sfruttamento del suo impiego, è l'uso dell'acido carbonico, la cui bombola fa parte integrante dell'apparecchio Draeger.

In realtà agli effetti della profondità della narcosi con protossido, un apparecchio che non sia provvisto dell'apposito dispositivo per la contemporanea somministrazione al malato di CO_2 deve ritenersi incompleto.

Occorre infatti tener presente la necessità, da tutti riconosciuta di preparare il malato con opportuna e tempestiva dose di morfina, Somnifen, Scopolamina, Lipson, secondo le preferenze. Ora, se questa necessaria misura precauzionale costituisce un vantaggio dal punto di vista della rapidità dell'inizio della

narcosi, può però costituire un inconveniente per la sua profondità. Poichè quanto più efficacemente preparato e più tranquillo e sonnolento è l'infermo, tanto meno, di solito, profondamente respira specie se la somministrazione di ossigeno che si fa con l'apparecchio, è più o meno inavvertitamente abbondante, poichè l'infermo allora si incammina verso uno stato di oligopnea, dannoso per la narcosi, che per lo scarso quantitativo di protossido in tali condizioni inspirato diviene più superficiale, e se in quel momento il ventre è aperto, il malato spreme e l'intestino ingombra il campo.

Il narcotizzatore provetto dell'impiego del protossido di azoto sa che non si deve lasciare ingannare dall'adescante tranquillità di un operando a leggero respiro dolcemente ritmato di pacifico sonnecchiante. Sa che il suo malato se continua con quel respiro sta per passare in dormiveglia e riprendere la sensibilità. Si impone allora la necessità di approfondire le inspirazioni del soggetto, onde nei suoi polmoni affluisca copioso il protossido. Dà quindi subito un giro alla chiavetta dell'CO_2 ed immediatamente il torace dell'infermo si solleva, il ritmo del respiro si accelera, automaticamente la narcosi si approfondisce.

Senza tale meccanismo non ha altro mezzo per raggiungere tale scopo. Cosa infatti potrebbe fare? Chiudere l'ossigeno ed aumentare il protossido.

Sta bene per pochi istanti, ma poi non appena l'infermo è asfittico deve ben ridare l'ossigeno, che con gli apparecchi a miscela non dosabile egli non può regolare, quindi di necessità deve optare entro le due vie, o giocare pericolosamente con l'asfissia e le sue conseguenze, o più prudentemente per lui, dare maggior corso all'ossigeno che lo libera dai grattacapi per addossarli all'operatore che sente immediatamente il suo malato di ponzare.

Abbiamo detto a ragion veduta scherzar pericolosamente con l'asfissia e le sue conseguenze, poichè da questo punto di vista un narcotizzatore che disponga di un apparecchio antiquato tipo Desmarest, o, Fohl ecc., senza il dispositivo dell'CO_2 ci fa l'effetto di quegli sportivi improvvisati che vanno incontro al rischio senza aver preparato le organizzazioni e le provvidenze di riserva, sicchè il primo intoppo annienta il loro *exploit*. Cosa può fare un narcotizzatore sorpreso in tal caso da asfissia di protossido? Niente altro che sospendere la narcosi ed iniziare la respirazione artificiale. Vale a dire disturbare l'operatore. Mentre che l'altro meglio attrezzato di lui non si lascia mai cogliere dall'asfissia, ma anche sotto la sua minaccia imminente egli ricorre alla combinazione di ossigeno e CO_2 per combattere l'apnea ed evitare disturbi e distrazioni all'operatore, nonchè l'orgasmo di tutto il personale di sala operatoria.

Oltre a ciò noi ci serviamo correntemente dell'apparecchio Draeger per ottenere il pronto risveglio di qualsiasi ammalato comunque narcotizzato (Etere, Balsoform, Cloroformio, Protossido di azoto) dando corso solo all'Ossigeno ed all'CO_2.

Il malato si risveglia con maggiore rapidità. Il che semplifica il compito di sorveglianza postoperatoria, e facilita di pari passo il servizio.

In effetti il rischio dell'asfissia sia nel periodo immediatamente susseguente all'intervento che in quello tardivo preoccupa spesso e giustamente gli operatori, alcuni dei quali provati già da qualche doloroso incidente hanno l'abitudine di trattenere su un carrello in sala operatoria l'operato, guardato a vista da un infermiere durante approssimativamente quasi tutto il tempo dell'intervento susseguente.

Anzi conosciamo una clinica di fama europea dove tale sistema è consacrato nelle disposizioni d'andamento generale, vigenti ancora oggi.

Anche col protossido di azoto potrebbe in realtà esistere tale rischio. Solo che con esso è ridotto ad un minimo pressochè trascurabile se si ammette che possa solo sussistere come uno su cinquantamila, facendo una media fra le statistiche americane, inglesi, francesi, tedesche.

Ad ogni modo, noi, come abbiamo detto, anche col protossido, oltre che con gli altri narcotici abbiamo l'abitudine di far sollecitare il risveglio del malato.

In effetti nulla di più pratico, di più rapido, di più sicuro della somministrazione di una tenue quantità di CO_2 data assieme all'ossigeno alla fine dell'intervento. L'ammalato, ancora fortemente sonnolento per l'azione della morfina e del narcotico opera una deficiente ventilazione dei suoi polmoni. L'inalazione di Co_2 provoca quindi in lui una respirazione forzatamente approfondita che mentre da una parte accelera l'eliminazione del narcotico dall'altra attivando l'aerazione del polmone migliora l'approvvigionamento di ossigeno e facilita l'espettorazione dei secreti che bloccano le vie respiratorie, realizzando

così la migliore profilassi contro le complicanze broncopolmonari.

Ma contemporaneamente all'eccitazione del centro respiratorio l'CO_2 esplica altresì la sua azione su quello vasomotorio nel senso che come è noto accelera il ritmo cardiaco ed aumenta il tono vasale. Quindi un narcotizzatore provetto non ignora che davanti ad un operato che presenta segni di depressione circolatoria oppure addirittura di collasso, egli dispone nel suo stesso apparecchio di narcosi che ha contribuito a produrre tale inconveniente, la prima arma capace di cominciare a combattere efficacemente i segni acuti ed il precoce apparire dello shok.

Anzi, sotto tale punto di vista noi utilizziamo l'apparecchio Draeger per forzare il respiro di quegli ammalati cachettici operati in anestesia locale, o in rachipercaina per gravi affezioni dello stomaco o del fegato. E spesso ce ne serviamo anche tardivamente poichè questi operati della parte alta dell'addome per il sopravvenire del dolore della ferita nelle ore susseguenti all'intervento immobilizzano la parte bassa del torace ed il diaframma respirando incompletamente sicchè finiscono col fare delle ipostasi od altre complicanze pulmonari. Per cui si legge in qualcuno dei più recenti e reputati trattati di tecnica il consiglio di far levare il malato all'indomani stesso dall'intervento per obbligarlo a respirare ed impedirgli l'ipostasi. Ebbene con la miscela ossigeno carbonica della maschera Draeger molto a più buon mercato e maggiore efficacia noi forziamo a fondo il respiro di questi infermi e ventiliamo la zona bronco pulmonare immobilizzata.

Ora in effetti chi dà uno sguardo al nostro specchio può subito rilevare come il percento di complicanze broncopulmonari avute sia stato relativamente scarso.

Ora se ciò è dovuto in parte all'impiego del protossido quale anestetico generale, d'altro canto è anche da ritenere che non estranea sia l'azione del CO_2 usato come profilattico a fine di narcosi per la refrigerazione delle mucose congeste e per l'attivazione della ventilazione pulmonare.

Dobbiamo però mettere in evidenza altresì che il nostro lavoro si compie in regioni a clima marino piuttosto caldo. Non solo. E che durante la cattiva stagione abbiamo preferito praticare d'abitudine la rachipercaina dapprima col metodo Jones e poi col metodo Quarella.

Infine quello che si ricava dal nostro breve esposto è che noi abbiamo voluto mettere in evidenza la possibilità dell'uso del protossido di azoto nella chirurgia dell'addome. Per il rimanente infatti il suo uso è generalmente accetto, e si impone addirittura nella chirurgia del polmone e della ghiandula tiroide. Ma noi siamo divenuti partigiani più convinti del suo uso da quando abbiamo potuto mettere su una sufficiente casistica di interventi praticati anche in zona prima dichiarata impraticabile per il protossido. Vale a dire nell'addome in genere.

Con ciò non è che vogliamo in tale zona additarlo alle preferenze dei colleghi, forse giusto nel momento in cui da qualche tempo, molti di noi sono sulla via di riconciliarsi con la rachianestesia mercè l'impiego della percaina. — No. — Il nostro compito è di lumeggiare l'inesattezza di una opinione abbastanza diffusa, secondo la quale il protossido di azoto dovrebbe essere riservato alle narcosi superficiali ed escluso dagli interventi cavitari.

A tal uopo abbiamo prodotto le cifre dello specchietto ammannitoci dal nostro narcotizzatore.

Ben inteso che questo specchio non comprende che casi positivi, ovvero anche quei casi quasi positivi, ma egualmente portati a termine senza eccessiva difficoltà e preoccupazione. Ma non lasciamo a chicchessia il tempo di domandarci: Ebbene, col protossido somministrato col vostro apparecchio non avete mai avuto come si dice in gergo, dei *ratés?*

Siamo anzi noi che per i primi vogliamo parlarne ed a parte.

Allorquando nella pratica si esperimenta un nuovo medicamento, un nuovo farmaco, una nuova droga, i casi di insuccesso, e peggio ancora i casi di disastri passano al suo passivo diretto.

Così come appunto abbiamo fatto noi quando usavamo gli apparecchi di Desmarest o di Fohl.

Poi invece in seguito abbiamo compreso come gli insuccessi erano da mettersi a carico degli apparecchi e delle nostre direttive di tecnica.

Forse che non ci capitano inconvenienti o *ratés* anche con l'uso degli anestetici più comuni?

L'etere per esempio!

Tutto il nostro personale, non ostante l'intenso e diuturno lavoro ospedaliero non avrà certo dimenticato, come li ricordiamo anche noi, due casi capitati in questi ultimi anni, di due donne cui bisognò richiudere l'addome senza poter dar corso all'intervento (simpaticectomia pelvica), poichè non ostante le forti

dosi di anestetico (etere prima, con l'apparecchio di Ombredanne e cloroformio di poi) non si riuscì ad ottenere un sufficiente rilasciamento ed a farle smettere di ponzare violentemente, sicchè dopo più di un'ora di manovre e di tentativi si dovè rinunziare.

Ora se ciò ci fosse accaduto col protossido di azoto assai verosimilmente non avremmo esitato di mettere a suo carico entrambi gli insuccessi.

E col protossido ci è incorso di dover desistere una volta dall'intervento, in un caso di piccolo carcinoma alto della piccola curva, in un soggetto pusillanime e deperito. In esso non si potè avere un sufficiente rilasciamento dei retti da poter aggredire la porzione cardiale dello stomaco senza rischio di inferire all'operando un trauma forse fatale.

Si preferì di operarlo in una seduta successiva a pochi giorni di distanza in rachipercaina.

Egualmente ci è incorso in due casi di isterectomie totali iniziate col protossido di dover passare all'uso esclusivo dell'etere.

Nel nostro quadro figurano solamente due prostatectomie eseguite col protossido dopo le quali non abbiamo più insistito a praticarne altre per due ragioni.

Lo scarso rilasciamento della parete addominale fa aumentare lo sforzo e di conseguenza affatica smisuratamente la mano che deve praticare lo scollamento della prostata nel suo piano di clivaggio.

Secondariamente il fatto della maggiore emorragia della loggia durante e dopo lo scollamento; emorragia cui non deve certamente essere estranea la natura della narcosi e la necessità di impiego di farmaci ad azione spiccatamente vagotropa nel periodo prenarcotico (morfina, scopolamina, atropina, ecc.).

Al di fuori di ciò non possiamo mettere a carico del protossido altro che vantaggi, sia durante che dopo l'intervento. Noi passiamo qui sotto silenzio tutto quanto concerne ricerche sulla azotemia, glicemia, acidosi, e sulla tossicità in genere nelle narcosi coi gas. Poichè tali ricerche che presentavano qualche interesse nei primi tempi, oggi non ne hanno più alcuno, per essere state troppo ripetute dappertutto in America (Gwatmey, Crile ecc.), in Francia (Desmarest, Papin ecc.), in Germania (Schüppel, Schmidt ecc.) ed anche in Italia (Alessandri, Donati).

Sicchè ormai si riconosce dappertutto che fra i gas in genere il protossido di azoto è il narcotico che meno disturba l'equilibrio acido basico, la pressione circolatoria, e l'attività cardiaca, coefficienti questi di grande valore nella profilassi delle complicanze post operatorie, come giustamente segnalano lo Strassman (*Zentralblatt für Chirurgie*, n. 19-28) di Berlino e lo Schmidt di Amburgo-Eppendorf, ecc.

Quest'ultimo sopra 3000 narcosi a gas ha avuto un solo caso di embolia mortale (0,03 per mille) invece ne segnala il tre per mille con l'etere ed il cloroformio.

Vale a dire dieci volte di più.

Noi, su circa 1500 narcosi al protossido, compresi ben inteso tutti i casi settici; nei quali naturalmente le trombosi sono più facili, non abbiamo avuto alcuna embolia mortale. Solo due trombosi a seguito di due appendiciti subacute.

Del pari occorre richiamare l'attenzione sul fatto che il decorso postoperatorio dei nostri casi narcotizzati col protossido, non è disturbato affatto da paresi intestinale come accade con l'etere ed il cloroformio.

Da un lato questo fatto rilevato già da altri autori (Gwatmey, Desmarest, Uffreduzzi ecc.) è dovuto al protossido; dall'altro riteniamo altresì che sia un benefizio del CO_2 da noi regolarmente impiegato, ed il quale come è noto da dopo gli studi di Sword (*Current Researches of Anesthesia and Analgesia*, 1927) è capace di eccitare il peristaltismo dell'intestino e di conseguenza appropriato a prevenire ed a combattere la paralisi intestinale postoperatoria.

Un'altra ultima riflessione avanti di chiudere.

Meno le narcosi di protossido abbinate ad anestesia locale (49) noi abbiamo avuto sulle circa 300 narcosi generali rimanenti dello specchietto 102 interventi addominali eseguiti solamente col protossido senza aggiunta di etere. Su questi 102 casi vi sono 87 donne e 15 uomini di cui undici meno di quindici anni e quattro più di sessanta.

Vi sono 57 casi di narcosi con protossido e poche goccie di etere (meno di 10 cc.). Su questi 23 sono uomini di età varia da 18 a 65.

Ce ne sono 90 con aggiunta di circa 20 cc. di etere e sono a parti eguali circa, fra uomini e donne di età varia.

Ve ne sono infine 55 che han consumato oltre 20 cc. fino a 60 il massimo, ma 40 cc. come media. In questa categoria vi sono donne nelle quali l'intervento doveva cadere nel piccolo bacino, e nelle quali si somministrava regolarmente l'etere per partito preso, due o tre minuti dopo iniziata la narcosi col protossido.

Il resto sono stati tutti uomini di età varia.

In conclusione perciò risulta che con maggiore facilità si realizza nelle donne una migliore narcosi al protossido.

RIASSUNTO.

L'A. espone le modalità di tecnica mercè le quali, disponendo di un apparecchio a miscela esattamente dosabile di Ossigeno-Protossido di azoto, si possa realizzare una narcosi sufficientemente profonda, in maniera da permettere qualsiasi intervento addominale.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE INFANTILE « BAMBIN GESÙ » (ROMA)
REPARTO MEDICINA
diretto dal Prof. U. MANCINI, primario medico.

Setticemia rapidamente mortale in bambino con stato timo-linfatico

per il dott. ANTONIO BERARDI, assistente vol.

Non è facile prevedere che un bambino affetto da un processo morboso muoia improvvisamente, se durante lo svolgersi della malattia non abbia presentato segni evidenti di una grave tossinfezione.

È spesso il reperto anatomo-patologico che rivela allora determinate lesioni organiche, le quali, estrinsecandosi in vita con una sindrome clinica, apparentemente non grave, possono sfuggire anche alla attenzione più accurata e precisa.

Per tale motivo ho creduto opportuno descrivere il caso capitato alla nostra osservazione, tanto più importante in quanto è venuto a mancare l'esame clinico, essendo il bambino arrivato cadavere al Reparto Accettazione.

Soltanto l'indagine anatomo-patologica ha potuto chiarire l'obitus improvviso del bambino, dando in tal modo ragione di quanto sia difficile una giustificazione diagnostica in casi consimili, che, se sfuggono al tavolo anatomico, rendono oscura la causa della morte a sorpresa.

STORIA CLINICA. — S. Isidoro di Maria e di padre ignoto, dell'età di m. 10, proveniente dall'Assistenza Materna.

Nulla si conosce del suo gentilizio.

Da quando fu accolto nell'Istituto all'età di m. 2 ebbe allattamento artificiale e pare non abbia mai sofferto malattie degne di nota, tranne qualche lieve disturbo di natura dispeptica.

La malattia attuale che lo ha condotto rapidamente a morte si espletò nel periodo brevissimo di soli 2 giorni.

Improvvisamente infatti e in buone condizioni di salute dette segni di malessere, rifiutando il cibo: si fece pallido, irrequieto e la temp. salì a 38°-38°,5.

Il sanitario che lo vide il giorno successivo all'inizio del processo morboso trovò non gravissime le condizioni del bambino; tuttavia, pur rimarcando solo uno spiccato pallore del volto, con lingua piuttosto arida e secca, ne dispose l'immediato ricovero.

Ma durante il tragitto dall'Istituto all'Ospedale il bambino morì senza fenomeni a carico del sistema nervoso, il giorno 27-3-1931.

Esame anatomo-patologico. — Bambino dall'apparente età di m. 10, in buone condizioni generali. Macchie ipostatiche accentuate; non si notano emorragie sottocutanee.

Apparato scheletrico regolare per forma e sviluppo delle singole parti, con lievi note di rachitismo.

Pannicolo adiposo sufficientemente conservato.

Alla *sezione* si osserva:

Tonsille notevolmente tumefatte, come pure tumefatte appaiono le linfoghiandole che circondano l'anello faringeo.

Con un taglio mediano delle tonsille si notano piccoli ascessolini intraparenchimali con angina parenchimatosa. Nulla a carico della trachea e dell'esofago.

Il timo appare abnormemente aumentato di volume di forma bilobata, abbracciante ampiamente il cuore col suo terzo inferiore: isolato, dà il peso di gr. 30.

Non pare abbia dato tracce di compressione sugli organi viciniori. In corrispondenza della pleura mediastinica a sinistra si nota un tenue essudato fibrino-purulento.

Nulla a carico del pericardio: il cuore però presenta in toto una dilatazione acuta: alla sezione non si osservano lesioni miocardiche o valvolari.

Tranne una congestione acuta nulla si nota di speciale interesse patologico sia a carico delle pleure che dei due polmoni.

Nella cavità addominale, le cui anse sono alquanto distese da gas non si nota presenza di liquido libero, nè alterazioni del peritoneo sia parietale che viscerale.

La milza aumentata di volume a superficie liscia, con margini arrotondati di consistenza duro-elastica presenta al taglio una evidente iperplasia dei follicoli. Il suo peso è di gr. 48.

Il fegato aumentato di volume presenta chiazze di degenerazione grassa.

I reni appaiono congesti con segni evidenti di una parenchimatosi acuta.

Si nota inoltre una iperplasia di tutto l'apparato linfatico del tenue e del colon.

Si preparano varii strisci con pus prelevato dagli ascessi intra-parenchimali delle tonsille e dall'essudato pleurico mediastinico, che colorati con i comuni mezzi di colorazione fanno osservare la presenza di numerosissimi streptococchi a catena.

Lo stesso reperto si ottiene seminando il pus in terreni di coltura (agar-sangue e brodo).

Ricca è la letteratura di casi di morte improvvisa o rapidissima nella prima età per forme da setticemia.

È questa dovuta alla gamma infinita di ger-

mi di natura strepto-diplo-stafilococcica, che possono dare localizzazioni determinate di speciali organi, quali: i polmoni, le ossa, le meningi, ma che possono anche, specie nel lattante, dare minime localizzazioni, tonsillari ad es. come nel nostro caso, e terminare tumultuosamente in un quadro settico generalizzato.

Lemaire e Turquetj asseriscono tuttavia che la setticemia nel lattante è rarissima nel periodo di stato delle malattie infettive.

Può però diventare frequentissima nelle ultime ore di vita quando le difese dell'organismo hanno ceduto.

Entrerebbero allora in giuoco, secondo i citati AA., agenti microbici a virulenza esaltata o saprofiti ordinari che dall'intestino guadagnano, pullulandovi, la circolazione sanguigna, senza per altro, aprire modificazione alcuna del quadro clinico.

La setticemia, se di natura pneumococcica, può avere durata apparente anche di sole 5 ore, come E. Glium scrive, senza che esista alcuna epatizzazione pneumococcica o altre cause costituzionali giustifichino il rapido decesso del bambino che ne viene colpito.

Schwarz invece descrive un interessante caso di setticemia diplococcica in bambino di 9 mesi che al reperto necroscopico presentò carnificazione nei polmoni da polmonite fibrinosa non sospettata in vita, cui seguì localizzazione secondaria glandolare.

La setticemia può anche, nascondendo o rendendo poco apprezzabile la sua porta d'ingresso, dare un quadro poliartritico o pseudoartritico con frequente suppurazione delle localizzazioni articolari, con disturbi gastro-enterici, con manifestazioni cutanee a tipo purpureo, con tendenza a necrosi delle estremità delle dita, con splenomegalia e deperimento generale marcato.

Tale sindrome può condurre ad una cachessia settica mortale, come può rapidamente e perfettamente, secondo Schweizer, guarire.

Altre volte la setticemia assume il quadro clinico di una infezione tifoidea soporosa: al tavolo anatomico può ricordare allora in qualche modo la tubercolosi miliare acuta per presenza di un *seminium* generalizzato di infarti, però, da streptococchi (Baginski).

Il bambino setticemico infine può febbricitare e con modico rialzo termico da simulare la temperatura serotina da infezione tubercolare latente (Prombasta).

L'emocultura allora può derimere spesse volte il dubbio diagnostico, differenziando una infezione di natura streptococcica da una forma tubercolare o grippale ecc.

***

Nel nostro caso invece la setticemia vinse rapidamente la deficiente resistenza fisica del bambino sulla cui labilità chiaramente ha letto la sezione anatomica.

La sua costituzione deve avere impedito la formazione della difesa immunitaria, nascondendo un reperto clinico, che di non facile rilievo, potè sembrare di scarsa entità.

È notorio infatti che il bambino il quale presenti uno stato timo-linfatico dal Paltauf caratterizzato con pallore intenso della cute, con notevole sviluppo del pannicolo adiposo, con iperplasia di tutto l'apparato adeno-linfatico e del timo, ai quali dati il Bartel aggiunge l'ipoplasia dei vasi, del cuore e degli organi genitali, ha spiccata labilità di fronte ai processi tossinfettivi anche di apparente modica gravità.

La morte può verificarsi come per una tonsillite follicolare bilaterale, così durante il decorso di una banale bronchite, di una enterite, di una foruncolosi, più specialmente ancora nei periodi influenzali, quando più facili sono le affezioni acute dell'apparato respiratorio, di fronte alle quali il bambino costituzionalmente sano spinge agguerrite tutte le sue naturali difese immunitarie, mentre il timo-linfatico offre fiaccata la sua resistenza e piega se stesso nel minor tempo credibile e prevedibile.

Il bambino timolinfatico malato può avere un rapido aggravamento e chiudere il quadro della sua vita con morte improvvisa: al tavolo anatomico può presentarsi allora un grosso timo, come nei casi di Perrero, di Velasco, di Bottaro, ecc: nei quali la morte fu preceduta da improvvisa difficoltà respiratoria con cianosi, stridore, ortopnea, o può aversi il reperto di un timo ipertrofico disseminato di focolai purulenti che il Planchu e Rendu, per non dire di altri, descrivono senza che in vita tali lesioni avessero mai dato sentore di sè.

È quasi costante poi in tutti i numerosi casi di morte in soggetti timo-linfatici dagli AA. citati, la dilatazione acuta del cuore.

Schirner nega però che causa esclusiva di morte sia lo stato timo-linfatico.

Gautier invece crede che proprio a tale costituzione, più che alla semplice ipertrofia del timo, debba cercarsi la causa efficiente dell'obitus.

Ed infatti alla iperplasia ed alla ipersecrezione timica, stimolata da fattori tossinfettivi, si accompagna spesso la diatesi essudativa, l'ipoplasia vascolare, la degenerazione del miocardio, la costituzione vagotonica, lo stato ti-

roideo, l'ipoplasia cromaffine, fattori tutti che possono essere chiamati a spiegare l'inaspettato fenomeno dell'aggravamento e della morte improvvisa.

Il timo, ghiandola a secrezione interna con succo organico ipotensivo, può essere colpito sopratutto nella prima età dello sviluppo da una tossinfezione anche banale ed alterare la sua funzione endocrina gettando in tal maniera in circolo sostanze tossiche ed ipotensive, da cui tutta la compagine delle varie funzioni endocrine viene alterata, rompendone il normale equilibrio, con l'insorgenza brusca e violenta di una crisi di probabile natura anafilattica.

Nel nostro caso il timo, che normalmente secondo Schride, ha un peso medio di gr. 6-7 nei neonati, e, secondo il Brunning cifre medie di gr. 12 per i neonati, di gr. 6,6 per i lattanti, di gr. 8,1 per i bambini di 2 anni, era abnormemente aumentato di volume, raggiungendo un peso di gr. 30.

E perciò l'ipertrofia notevole del timo con cuore dilatato in toto e l'iperplasia di tutto l'apparato linfopoietico confermano la sindrome timo-linfatica presentata dal bambino.

La tossiemia grave e generalizzata fu chiaramente dimostrata dal quadro anatomico con reperto di tumore cronico di milza riacutizzato, con fegato in degenerazione grassa, con reni fortemente congesti, e tonsille ipertrofiche, ripiene di ascessolini intraparenchimali, nei quali unico fu il reperto degli streptococchi a catena, confermato poi dall'esame culturale.

Nel caso descritto non mi sembra inopportuno ricordare che un grave perturbamento deve la tossinfezione avere arrecato al bambino affettto da così forte labilità costituzionale per quei rapporti funzionali tra tonsille palatine e timo sperimentalmente provate dal Salvadori e da altri. Tale grave perturbamento deve avere avuto influenza anche sulla crisi sanguigna. Infatti, studiando la funzionalità ematopoietica delle tonsille palatine con lesioni streptococciche (come da mia nota al XIII Congresso di Pediatria), ho potuto osservare una notevole modificazione degli elementi ematici della serie bianca con la comparsa in circolo di cellule giovani o addirittura immature.

Condizioni dunque di assoluta inferiorità difensiva e immunitaria si stabiliscono in bambini costituzionalmente tarati, come nel caso descritto, nei quali, una infezione, che a tutta prima può sembrare di scarso interesse clinico e pratico, può assumere un decorso improvvisamente gravissimo e qualche volta inaspettatamente mortale.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di setticemia rapidamente mortale in bambino con stato timo-linfatico, studiandone la genesi e riferendone il reperto necroscopico: ipertrofia notevole del timo (gr. 30), iperplasia di tutto l'apparato linfopoietico, dilatazione acuta del cuore, tumore cronico di milza riacutizzato, fegato in degenerazione grassa, reni congesti, tonsille ipertrofiche, ripiene di ascessolini intraparenchimali con reperto culturale e microscopico di streptococchi a catena.

La forte labilità costituzionale impedì la formazione di una attività difensiva immunitaria di fronte alla setticemia streptococcica che in poche ore e inaspettatamente condusse a morte il bambino.

BIBLIOGRAFIA.

BAGINSKI. VII Congr. Soc. It. Pediatria, 1920.
BERARDI A. Atti XIII Congr. Ped. Italiano.
CANNELLI F. Pediatria, a. XXVIII, 1920, p. 756.
FERR. Monatsschrift f. Kinderheilkunde, vol. XXV, marzo 1923.
GAUTIER P. Revue Française de Pédiatrie, vol. VI, n. 2, 1930.
GLIUN E. Riv. Clin. Ped., vol. VIII, 1910.
HAMMER I. A. Zeitschr. f. Kinderheilk., 13 Bd., 3-4 H., 1915.
LEMAIRE et TURQUETY. Le Nourisson, n. 2, 1922.
MENSI. Pediatria, febbraio 1924.
PERRERO E. Riv. Clin. Pediatrica, aprile 1913, vol. XI, 7-4.
PLANCHU e RENDU. Rev. d'hygiène et de médic. inf., 1910.
PROMBASTA F. Paidotorapia, n. 91, 1930.
KEILMANN. Zeitschrift f. Kinderheilkunde, vol. VI, marzo 1923.
SCHWARZE E. La Pediatria, VII, fasc. 22, ,1928.
SCHWEIZER F. Archivos Latinos Americanos de Pediatrie, n. 3, 1927.
SCHIRMER A. Zieglers Beitr., 1919, p. 2-7.
SCHRIDE-HERM. Aschoffs Anat. Pat., vol. I, U.T.E.T.
SMITH. American Journal of Diseases of Children, vol. 14, n. 2, 1922.
STURR R. P. Arch. of Pediatrics, dec. 1927.
TOLEDANO A. Paidoterapia, n. 86, 1929.
WALL, WALTHALL. American Journ. of Diseases of Children, 1922.
ZANDOR e KEJHL. Jahrbuch f. Kinderheilkunde, X Band, 11 Heft.

Laboratorio Medico-Micrografico della Provincia di Brescia.

Setticemia pneumococcica con porpora emorragica

per il dott. C. ROSSETTI, direttore.

Un caso di setticemia pneumococcica che ha colpito una donna in pieno benessere di vita e che è stato accuratamente studiato, ha permesso di stabilire la localizzazione dell'infezione ed il tipo di diplococco capsulato.

È noto che il pneumococco per la varietà e molteplicità delle localizzazioni di cui è capace e per la gravità della malattia da esso prodotta è certamente tra i batteri patogeni dell'uomo uno dei più importanti.

Esso generalmente si trova, come ospite abituale, sulla mucosa respiratoria e digestiva dell'uomo, ove conduce vita saprofitica. Fu il Pasteur per il primo ad isolarlo dalla bocca e dopo di lui molti altri autori (Sternberg, Franckel, Biondi, ecc.). Bezançon e Griffon lo trovarono alla superficie dell'amigdala, mentre con molta frequenza fu dimostrato da Löwenberg, Netter, Pasteur e Besser, nelle cavità nasali e nelle altre cavità comunicanti con la faringe e nelle vie bronchiali superiori.

L'uomo, in genere, possiede di fronte all'infezione diplococcica una resistenza abbastanza considerevole; infatti essa si manifesta in modo quasi esclusivo in forma di flogosi locale e solo in via eccezionale in forma setticemica. Quando si determina la moltiplicazione ed il passaggio del germe nel sangue, si può avere qualche volta, come complicanza, uno dei fenomeni caratteristici dell'alta virulenza del germe: la porpora emorragica.

Casi simili sono stati descritti anche per alcuni altri germi (tifo, streptococco, stafilococco e con molta frequenza per il meningococco), mentre per il pneumococco, dalla vasta letteratura riportata dal Samek, dal Di Guglielmo e dal Banti, si trovano descritti dei casi, ma questi sono molto più rari in confronto dei germi sopracitati.

Dai pochi casi noti nella letteratura, vi è ragione di considerarli abbastanza rari, e questo è il motivo per cui ho ritenuto non senza interesse l'illustrare un caso che presenta note cliniche e batteriologiche degne di speciale rilievo.

Si tratta di una donna di 33 anni, M. A., nubile, da Milano, di professione domestica. L'anamnesi remota sì famigliare che personale, nulla rileva di particolare interesse.

La malattia attuale, a detta dei famigliari, avrebbe avuto inizio improvvisamente verso la sera del 24 maggio 1930 con un senso di freddo ai lombi, senza brividi, seguito subito da forte rachialgia e febbre alta.

Il medico chiamato al mattino seguente notò delle escare sanguigne al viso ed emorragie cutanee diffuse per tutto il corpo. Febbre a 39,5 e stato generale piuttosto gravemente compromesso con astenia, abbattimento e stato tifoso. Per questi rilievi il medico fece diagnosi di « sospetto vaiuolo » e la fece ricoverare d'urgenza all'Ospedale di malattie infettive.

Dalla denuncia, l'Ufficiale Sanitario prof. Massi, si recò immediatamente ad osservare l'ammalata e, dopo una visita accurata, escluse senz'altro trattarsi di vaiuolo e, date le condizioni piuttosto gravi della paziente, m'invitò a prelevare del sangue per l'emocultura. Dopo quindici ore di termostato a 37°, il brodo dell'emocultura era ricco di cocchi, di forma ovale riuniti a due e circondati da un alone bianco splendente da far pensare ad una capsula che risultò tale col metodo del Banti (1).

Con 0,5 cc. di brodo-cultura inoculai per via intrasierosa (peritoneo) un topolino bianco e un coniglio giovane. Contemporaneamente feci semine in agar-ascite, agar-siero coagulato, su siero di sangue di coniglio, sangue defibrinato, agar-sangue, agar con siero umano, agar insanguinato e brodi zuccherati (glucosio, lattosio e inulina), e brodo-bile.

Nella notte l'ammalata venne a morte. Si richiese senz'altro la necroscopia che fu eseguita dal dott. Pancotto alle ore 15 all'Ospedale Sant'Antonio.

All'esame del cadavere si notò subito uno stravaso sanguigno diffuso per il corpo con macchie di un color simile al purpureo non rilevate o solo leggerissimamente sporgenti sulla superficie cutanea, che non scomparivano alla pressione del dito e le cui dimensioni variavano grandemente di configurazione del tutto irregolari. All'apertura della cavità cranica non si notò nulla di particolare, così pure negli organi della cavità toracica ed addominale, salvo l'esistenza di una milza ridotta dal peso circa di 30 grammi di color grigio-scuro ed un'angina necrotica della tonsilla di sinistra.

Prelevai il sangue dal ventricolo sinistro del cuore e feci semine in brodo comune e preparati per striscio tanto dal sangue quanto dal tessuto necrotico della tonsilla.

All'indomani osservai nei terreni culturali, di materiale prelevato in vita dalla paziente, un discreto sviluppo con numerosi cocchi accoppiati a due oppure riuniti a formare corte catenelle, provvisti di capsula, immobili, gram-positivi.

Gli animali vennero a morte spontaneamente dopo circa 20 ore dall'inoculazione di setticemia, e nel sangue del cuore e della milza fu riscontrato lo stesso germe. Con questo stesso materiale vennero inoculati altri due conigli e due topolini sani. In tutti e quattro gli animali si riuscì a trasmettere la malattia, i quali vennero anch'essi a morte dopo 24 ore.

La prova biologica degli animali dimostra dunque che i germi che si osservarono nel sangue dell'ammalata erano patogeni e che i caratteri morfologici, tintoriali, culturali e cioè la disposizione a coppie, la presenza di capsula, la resistenza al Gram, lo sviluppo in agar comune, i caratteri culturali specialmente in agar-sangue (colonie piccole isolate che si approfondano poco, di colorito scuro con tendenza al color cioccolatto) e per la setticemia prodotta nei conigli e to-

---

(1) Il metodo di Banti consiste nell'immergere per 1' i vetrini in acido acetico all'1-100, asciugarli e colorarli per 2-3' nella soluzione di violetto di genziana dell'Ehrlich. Si passa quindi il preparato per pochi secondi nell'alcool assoluto e si colora per circa 1' in una soluzione molto allungata di fuxina sciolta nell'acqua di anilina. I cocchi sono di color violetto e la capsula di color roseo.

polini erano della specie del diplococco lanceolato capsulato.

Così pure il tubo di brodo seminato con sangue prelevato dal cuore alla necroscopia si sviluppò lo stesso germe identico morfologicamente e culturalmente a quello isolato in vita. Gli strisci fatti dal sangue del cuore e dalla tonsilla dimostrarono caratteri identici a quello isolato dall'emocultura.

In breve, lo stesso germe si trovò in vita, post-mortem e sul tessuto necrotico della tonsilla.

Per escludere lo streptococco, feci semine nei terreni di Hiss all'inulina ed in brodo-bile. Notai dopo 24 ore di termostato nel terreno di Hiss potere fermentativo dell'inulina, e nei tubi brodo-bile dissoluzione dei corpi batterici. (Questi due caratteri sono importanti per la diagnosi differenziale collo streptococco).

Restava infine a vedere a quale gruppo o tipo di pneumococco era da ascriversi il nostro germe isolato dal sangue della paziente. Fu saggiato col siero agglutinante specifico degli autori americani e cioè col Tipo I-II-III. Esso è stato agglutinato soltanto dal Tipo III. E ciò conforta i risultati ottenuti dai batteriologi del Rockefeller Institute (Oswald, Avery, Chickering, Rufus Cole, Dochez) i quali assegnano al Tipo III l'alta mortalità e minima morbilità.

Tipo	Perc. dominante	Mortalità su 100 casi
I	33	35
II	31	32
III	12	45
IV	24	16

Come si rileva da queste ricerche, la percentuale maggiore di frequenza è data dai tipi I e II, viene al terzo posto il Tipo IV e finalmente il Tipo III che partecipa in minor grado.

Per la mortalità invece il Tipo III occupa il primo posto: 45 morti su 1000 malati; seguono il Tipo I e II che raggiungono cifre quasi eguali, il meno pericoloso si mostra il Tipo IV.

A questi stessi risultati sono venuti anche altri autori americani, inglesi, francesi ed italiani e, tra questi ultimi sono da ricordare le ricerche dello Strumia, Pontano, Marginesu e altri.

Circa poi l'origine dell'infezione, è da ritenersi primitiva nel senso che nessuna localizzazione polmonare, articolare o meningea esisteva, e che il punto di partenza è stata l'angina necrotica sulla quale il germe ha trovato condizioni di sviluppo e di virulenza, dando come complicanza di malattia uno dei fenomeni caratteristici dell'alta virulenza, *la porpora emorragica*, la quale è da ritenersi, con molta probabilità, più per un'endoteliosi diffusa, che per morbo di Werlhof. Questa ipotesi è suffragata anche dalle ricerche di V. Mair (1), il quale è riuscito ad ottenere negli animali con iniezioni peritoneali di filtrato culturale di pneumococco la porpora emorragica.

La riduzione del volume della milza riscontrata all'autopsia si può spiegare in due modi: o che essa era originariamente in vita piccolissima, per ragioni imprecisabili; oppure, più probabilmente, per una forma acutissima di citolisi del parenchima splenico, dovuta all'infezione pneumococcica.

(1) V. MAIR. *The Journal of Pathology and Batteriology*, vol. XXXI, n. 2, aprile 1928, pag. 225.

CONCLUSIONI.

Da queste ricerche risulta ben chiaramente che l'infezione setticemica prodotta nella donna dal pneumococco, ha avuto inizio dall'angina necrotica, da dove si è diffuso per via sanguigna dando come complicanza la porpora emorragica.

Il pneumococco da noi isolato è stato classificato al Tipo III mediante l'agglutinazione coi sieri specifici dei batteriologi Americani, e ciò spiega la mortalità e la virulenza.

Durante l'nfezione, si è riscontrato uno dei fenomeni caratteristici dell'alta patogenicità dello stipite: la porpora emorragica, che è da considerarsi più per un'endoteliosi diffusa che per morbo di Werlhof.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di setticemia fulminante in una donna dato dal pneumococco ch'è stato classificato al Tipo III coi sieri specifici.

RELAZIONI

Divisione Chirurgica dell'Ospedale Umberto I del Circolo di Monza
diretta dal prof. ANTONINO CIMINATA.

Considerazioni su 177 infortuni auto-moto-ciclistici curati nell'Ospedale Umberto I del Circolo di Monza.

Dott. GIULIO ANDREOLETTI, 1° assistente.

Il grande sviluppo che il traffico automobilistico e motociclistico va assumendo a mano a mano, specie nel territorio alle dipendenze dell'Ospedale Umberto I° del Circolo di Monza, ci ha portati a presentare, in rapporto con esso, una statistica degli investimenti verificatisi nell'ultimo quadriennio (1927-1930) i cui infortunati vennero nel nostro Ospedale ricoverati ed ivi curati; statistica raccolta con criteri nettamente chirurgici che ci concede di trarre considerazioni ed insegnamenti degni di interesse.

Per maggiore chiarezza vengono allegate due tavole delle quali, la prima, con una grafica mensile, presenta il graduale aumento degli investimenti dall'anno 1927 all'anno 1930 compreso e fa rilevare, come da logica, il maggior numero degli investimenti avvenga nei mesi di primavera ed autunno, mentre durante l'estate e specialmente durante l'inverno, si ha una non indifferente stasi; nella seconda tavola, raccolte per annate, e con rapporto agli esiti, si specificano le differenti lesioni, sempre riportate in conseguenza di investimenti auto-moto-ciclistici, suddivise secondo le più importanti regioni del nostro corpo.

Nel numero complessivo delle lesioni e segnate una sola volta, cioè sotto la denominazione della lesione più importante, stanno più di una diecina di infortuni i quali presentavano lesioni in altre parti del corpo e, nei riguardi delle fratture, ne sono comprese un buon numero di comminute-esposte.

Alla totalità dei sopra elencati infortuni i cui infortunati, come ho detto, furono ricoverati e curati nell'Ospedale e dei quali abbiamo avuto un controllo diretto, non partecipa, e sarebbe indiscutibilmente un numero maggiore, quella degli infortunati che furono medicati e curati nel posto di Guardia e che, o per *la minore gravità della lesione furono subito dimessi o che pur essendo gravi, ma trasportabili, furono portati a domicilio od in altri luoghi di cura.*

È stata pure esclusa da questa nostra statistica tutta la numerosa serie di infortuni auto-moto-ciclistici derivanti da tutt'altre cau-

se che non sieno investimenti, come p. es. quelli del grave incidente avvenuto nell'autodromo di Monza nell'anno 1928 *durante la disputa per il Gran Premio.*

*
* *

Da quanto sopra, ci è dato considerare grande il numero di investimenti che si verificano nel territorio alle dipendenze del nostro Ospedale e dalla lettura delle tavole allegate risulta chiaro il loro non indifferente crescendo in questi ultimi anni, specialmente in rapporto alla gravità dei casi ed è degno di una particolare attenzione il fatto che, mentre è gradatamente aumentato il numero dei casi, ricoverati e curati in Ospedale, si deve constatare una, sia pur lieve, diminuzione nelle percentuali di morte, fatto al quale credo porti massimo contributo *la recente e razionale legislazione del Codice Penale che commina pene severissime per quegli investitori che abbandonano, fuggendo, l'investito, favorendo al contrario coloro che prestano immediato soccorso,* evitando che il lesionato abbia ad essere lasciato, magari per ore, senza cure, in condizioni tutt'altro che favorevoli per la lesione stessa e stabilendo perchè, ad opera dello stesso investitore, si provveda ad un rapido ricovero in luogo adatto, interponendo quindi brevissimo tempo fra l'infortunio e la cura, cosa di non lieve importanza per le complicazioni e la prognosi.

In rapporto ancora allo sviluppo degli infortuni, e ciò non è contemplato nella seconda tavola, poichè è conglobato colle guarigioni chirurgiche, *si ha una notevole diminuzione delle lesioni con esito di invalidità permanente.*

A tali considerazioni si è arrivati riferendoci specialmente alle lesioni craniche, dove si

Tabella riassuntiva delle lesioni riportate dagli infortunati d'auto-moto-cicli curati nell'Ospedale Umberto I del Circolo di Monza nel quadriennio 1027-1930.

	LESIONE	1927		1928		1929		1930		
		G	M	G	M	G	M	G	M	
Cranio	Fratture base con commozione cerebrale		3		2		5	1	4	15
	Fratture volta con commozione cerebrale				3	2	1	3	1	10
	Commozione cerebrale senza fratture	2		4		2	2	3	1	14
Torace	Fratture della clavicola	4		2		2				8
	Emotorace					2			1	3
	Frattura coste senza emotorace							1		1
	Fratture della scapola									—
Col. vertebrale	Fratture della colonna vertebrale		1			1	1			3
Addome	Fratture del bacino con commozione viscerale					1	2	4		7
	Lesioni interne			2				1	1	4
Arto superiore	Lesioni delle parti molli			1		1	1			3
	Lesioni ossee: braccio							2		2
	Lesioni ossee: avambraccio			1						1
	Lesioni ossee: mano									—
Arto inferiore	Lesioni delle parti molli	1			1			2		4
	Lesioni ossee: coscia	1		4		3		5		13
	Lesioni ossee: gamba	4		6		6		10		26
	Lesioni ossee: piede					1		5		6
Contusioni	Abrasioni, ferite lacere, ecc.	9		8		20		17		54
Lussazioni	(Spalla-gomito-femore)	1		1		1				3
										177

sono ottenuti, in un sol caso nelle fratture della base, clinicamente diagnosticate e confermate tutte da controllo radiografico, ed in più casi nelle fratture della volta, pure con conferma radiografica, insperati miglioramenti e sorprendenti guarigioni non solamente chirurgiche ma anche funzionali e per di più in un periodo di tempo breve in rapporto alla entità della lesione stessa.

Volendo trarre alcune considerazioni pratiche sul trattamento chirurgico di questi infortunati, ritengo utile aggiungere quanto segue:

1) in due casi di frattura della volta furono eseguite trapanazioni del cranio a scopo decompressivo e si ottenne esito veramente soddisfacente; in un altro caso di frattura della base si è manifestato un tipico diabete insipido particolarmente seguito e studiato dal nostro Primario Prof. Ciminata;

2) nei traumatismi del torace, uno, con esito in morte, presentava fratture multiple di coste in tutti e due gli emitoraci, frattura dello sterno, rottura per scoppio dei polmoni. In altri due casi, con fratture multiple di coste ed emitorace, si è avuto esito in guarigione immobilizzando, per quanto è consentito, l'emitorace malato con cerotti senza fasciature compressive onde lasciare libero l'emitorace funzionante, affidando alle forze naturali il riassorbimento del versamento ematico, poichè esperienze precedenti ci hanno insegnato a diffidare delle punture evacuative in simili casi;

3) tre soli furono i traumatismi alla colonna vertebrale, due con fratture gravi, multiple seguite da paralisi flaccide e morte, curate con estensione della colonna in trazione; il terzo con frattura del corpo della XII vertebra dorsale e fenomeni paretici-spastici, fu curato, in primo tempo, con decubito orizzontale e poi con ripetuti corsetti gessati fino a guarigione completa confermata clinicamente e radiograficamente;

4) numerose le fratture del bacino che hanno presentato come punto più facilmente colpito il pube, tanto nella sua branca orizzontale come in quella ischio-pubica, meno colpiti gli ilei e logicamente quasi sempre interessata l'articolazione sacro-iliaca. In un sol caso, finito anch'esso in guarigione, e più precisamente si trattava di una frattura della branca ischio-pubica sinistra, si è avuto interessamento dell'uretra nella sua porzione perineale, con infiltrazione urinosa del focolaio di frattura. I casi di morte di questi fratturati del bacino sono da addebitarsi più che alla frattura a lesioni gravi di organi addominali con conseguente commozione viscerale;

5) poche e non complicate sono state le fratture degli arti superiori, curate coi comuni mezzi di trazione ed apparecchi gessati e finite tutte in guarigione con la completa restituzione della funzionalità;

6) al contrario, sono numerose le fratture degli arti inferiori e per buona parte comminute ed esposte, ed in maggior numero quelle della gamba, localizzate quasi esclusivamente al terzo medio inferiore e quasi tutte determinate da una azione diretta del trauma sul focolaio di frattura. Questa maggiore percentuale di fratturati alle gambe credo poterla spiegare ricordando che il maggior contributo viene dato dagli investimenti a danno dei ciclisti i quali, per le loro speciali condizioni, vengono a presentare le parti distali degli arti inferiori direttamente al trauma che si esercita normalmente per azione o del paraurti o dei parafanghi anteriori.

Si è potuto osservare che in rapporto ad una maggiore violenza del trauma diretto sul focolaio di frattura si è reso necessario un più lungo periodo di cura per rallentata formazione di callo osseo. Nelle fratture esposte-comminute, pure trattate colle più rigorose norme di asepsi e con abbondanti lavaggi di etere, si è avuta grande percentuale di fatti suppurativi ed eliminazioni di sequestri, ma ciò nonostante suppurazioni sempre benigne e ben localizzate al focolaio di frattura e tali da permettere la guarigione dopo un periodo di tempo notevolmente lungo, è vero, ma con buona e soddisfacente formazione di callo osseo.

In tali forme mai si ebbe esito in fenomeni settici generalizzati, come si è potuto constatare in lesioni similari, conseguenti a infortuni agricoli, quasi sempre seguite da fatti suppurativi di spiccata virulenza, determinanti forme setticemiche le quali ci hanno messi più volte nella necessità, per la vita dell'ammalato, di procedere a generose amputazioni.

In due casi di fratture esposte, non comminute, della tibia venne eseguita al momento del ricovero osteosintesi con placche di Lambotte e sutura della ferita: non si è avuta suppurazione alcuna, ma a distanza di un mese circa dall'intervento, si sono venuti eliminando piccoli sequestri ossei e si è dovuto procedere ad ablazione della placca che se aveva tenuto bene affrontati i monconi ossei, aveva agito come corpo estraneo dando origine a fatti di osteite, ritardando i processi naturali di riparazione che si sono ripresi do-

po la sua asportazione, ma con grande difficoltà e lentezza, aiutati con somministrazione di calcio per endovena ed applicazioni diatermiche.

In altri casi di fratture semplici della tibia, con notevole spostamento dei frammenti, riuscito inutile ogni tentativo di riduzione incruenta, si è proceduto ad osteosintesi metallica con nastro di Putti, in quelle a becco di clarino, con doppia legatura, impiegando filo d'argento, nelle altre ottenendo esiti lontani poco dissimili da quelli sopra descritti; ed anche in questi ha dimostrato di contribuire al processo di riparazione in modo indiscutibile perchè seguito e controllato radioscopicamente, l'applicazione di diatermia;

7) nelle ferite, specie se interessanti gli strati muscolari e se complicate da contusioni, si è constatato quasi sempre vano ogni tentativo di sutura immediata, mentre nelle ferite lacere, contrariamente a quanto è consigliato, del cuoio capelluto anche se accompagnate da vasti scuoiamenti, lo avvicinamento dei margini della ferita con agrafes ha quasi sempre portato ad una guarigione per prima.

Tutte le lesioni aperte, parlo sempre di quelle riportate in seguito ad investimenti auto-moto-ciclistici, seguite da fatti suppurativi, in questi ultimi tempi, vennero trattate con abbondanti lavaggi di soluzioni di nitrato d'argento all'1 ‰, ottenendo vantaggi indiscutibili al confronto di quelle trattate, come termine di confronto, con altre soluzioni disinfettanti, non solo per la rapidità di scomparsa dei fatti suppurativi ma anche per la rapida, direi quasi immediata, riparazione dei tessuti.

A tutti gli infortunati in parola, con lesioni aperte, venne sistematicamente praticata la iniezione antitetanica preventiva e *mai si ebbero a verificare casi di tetano*, al contrario di quanto si è potuto constatare negli infortunî da causa agricola ove, sia pur qualche raro caso, non è mancato il manifestarsi di una classica sindrome tetanica, dopo un periodo di incubazione di alcuni giorni, malgrado la iniezione preventiva, sempre con esito mortale.

Tale fatto credo potersi spiegare colle peculiari condizioni in cui vengono a trovarsi gli infortunati delle due categorie sopra citate con speciale riguardo alle condizioni del terreno che, se per l'infortunio agricolo presenta condizioni favorevoli per lo sviluppo e la conservazione delle spore tetaniche, per gli investimenti, a cui ci riferiamo, tali condizioni sono quasi completamente abolite, *specie se trattasi di vie di grande comunicazione, col sistema odierno per cui gli stradali vengono in buona parte asfaltati, offrendo maggiori garanzie igieniche.*

RIASSUNTO.

L'A., da una statistica di investimenti da autoveicoli, rileva che in rapporto a un graduale aumento degli investimenti e loro gravità si nota una sensibile diminuzione di decessi ed invalidità permanente, traendo considerazioni sui differenti metodi di cura, applicati ai singoli casi.

TRIBUNA LIBERA

R. CLINICA MEDICA DI GENOVA
diretta dal prof. N. PENDE.

A proposito dell'azione dell'insulina sulle soglie renali

per il dott. BUFANO MICHELE,
aiuto vol. e docente.

Il 7 settembre u. s. su questo giornale è comparsa una nota del dott. Sorge, in cui quest'A. riassume le sue ricerche, già pubblicate sul *Bollettino della Società di Biologia sperimentale*, relative all'influenza che ha l'insulina sulle soglie renali di eliminazione per l'acqua, per i cloruri e per il glicosio. L'A. avrebbe visto che i diabetici curati parecchi giorni con l'insulina diventano aglicosurici ad un tasso glicemico anche alquanto più alto di quello iniziale, quando erano glicosurici. Lo stesso fu osservato su per giù anche per i cloruri e per l'acqua. Molto più degne di attenzione sono le ricerche che l'A. ha pubblicato in secondo tempo in collaborazione con la dott.ssa Jacono sullo stesso *Bollettino*, riguardanti l'azione dell'insulina somministrata per 10 giorni sulle soglie renali in individui sani e diabetici, e le modificazioni dell'azione della florizina dopo il detto trattamento insulinico. Gli AA. hanno visto che, dopo 10 giorni di trattamento insulinico a 10 u. cl. giornaliere, si trova aumento della glicemia a digiuno e che la dose di florizina che prima era capace di provocare glicosuria restava inattiva.

L'A. conclude quindi che le sue ricerche dimostrano come l'insulina abbia sui reni l'influenza di rialzare le loro soglie di eliminazione per l'acqua, per i cloruri e per il glicosio; e mette in rilievo la sconcordanza delle sue conclusioni con quello che, secondo lui, avrei affermato io, che cioè l'insulina, come ormone vagotropo, avrebbe la funzione di ab-

bassare la soglia di eliminazione renale per il glicosio (*Riforma medica*, n. 19 di quest'anno).

Lungi da me l'idea di intavolare una polemica, ma con il preciso scopo di discutere amichevolmente su questo problema così importante e, malgrado che siano già passati 10 anni circa dalla scoperta dell'insulina, così nuovo, io debbo far osservare che nella mia citata nota, *non ho affermato che l'insulina, ormone vagotropo, abbassi la soglia per il glicosio nei reni sani, ma bensì in reni malati, come sono notoriamente i reni nel diabete renale e nel diabete florizinico*; e basavo la mia affermazione su dati di fatto miei e altrui, tra cui Umber e Rosenberg, Kempmann e Bröcker. E aggiungevo che solo « in certe condizioni l'insulina può dare aumento della glicosuria » e a questo proposito citavo le ricerche di Fricke, che cioè nei cani si ha glicosuria maggiore somministrando saccarosio e insulina che non solo saccarosio; e ora aggiungo il fatto notato da Nonnenbruch e Szinska (*Arch. f. exp. Path. und Pharmak.*, 1920) che, dopo infusione intravenosa di glicosio, la glicosuria spesso dura ancora dopo che la glicemia, trascorsa la primitiva elevazione, è diminuita al disotto del livello iniziale: è sicuramente accertato che in seguito ad infusioni intravenose di soluzioni glicosate si ha in circolo una scarica di insulina. Ma su questo punto desidero non essere frainteso: *non ho io ammesso alcuna azione dell'insulina sulla soglia per il glicosio dei reni sani.*

Ma le ricerche dell'A., e le altre simili pubblicate già prima da altri, ci autorizzano a concludere che l'insulina innalzi la soglia renale per il glicosio? A mio modesto parere esse non sono del tutto conclusive. L'A. dice che spesso si è osservato che i diabetici da lungo curati con insulina hanno altissime glicemie senza essere glicosurici. In verità i vecchi ricambisti, anche prima della scoperta dell'insulina e del suo impiego, avevano già notato che i diabetici, specialmente i gravi, possono diventare completamente aglicosurici e avere altissime glicemie. Tanto che alcuni AA., come il Thannhauser (*Lehrbuch des Stoffwechsels und der Stoffwechselkrankeiten*, 1929, pag. 365-366), parlano di lesioni organiche o funzionali dei reni, mentre Umber (*Ernährungs- und Stoffwechselkrankeiten*, 1925, pag. 227-228) non parla di lesioni organiche renali e cita casi clinici in cui all'autopsia i reni furono trovati completamente intatti. Bastano queste considerazioni per togliere un poco del loro valore dimostrativo a queste ricerche eseguite sui diabetici.

Nelle successive ricerche insieme alla dottoressa Jacono l'A. ha visto che in seguito al trattamento insulinico con 10 u. cl. per 10 giorni sia nei sani che nei diabetici, aumenta la glicemia con riduzione della glicosuria nei diabetici, e nei sani non si provoca glicosuria florizinica con le stesse dosi di veleno con cui la si provocava prima. La diminuzione della glicosuria con aumento della glicemia nei diabetici dopo cure insuliniche era stata talvolta già notata dallo Schiassi, dal Villa, dal Rossi, da Rossi e Sartorelli, dallo Speranza. Ma dedurre senz'altro da ciò che l'insulina innalzi la soglia renale per il glicosio, non mi pare sia legittimo dato che già nei diabetici gravi non curati con insulina si trova il fenomeno delle altissime glicemie senza o con poca glicosuria.

In quanto poi alla mancanza della glicosuria florizinica nei sani insulinizzati, la spiegazione del fatto potrebbe essere quella che dice l'A.; ma nulla osta che potrebbe essere la seguente del tutto diversa:

È noto che i sani reagiscono all'immissione di insulina con una scarica di adrenalina dai surreni. Tale fatto fisiologico è stato bene e definitivamente accertato. Ora un individuo sano insulinizzato per parecchi giorni, può rispondere all'eccesso di insulina di cui non ha bisogno, per neutralizzarla, con una sistematica iperincrezione adrenalinica e con una inibizione di quella insulinica (vedi ricerche della Scuola del La Barre). Quindi in definitiva si verrebbe a determinare uno stato di predominio simpatico nel neurotono vegetativo, e cioè tutte le condizioni perchè sia inibita la glicosuria florizinica. Che l'eccitamento del simpatico inibisca tale glicosuria, mentre l'eccitamento del vago la favorisca, è stato visto unanimente da A. Ferrannini e dalla sua Scuola Cameriniana, da Cascio, sotto la direzione di Pende, e recentemente da Dünner e Mecklenburg. E che gli individui di Sorge non si siano trovati al momento dell'iniezione della florizina sotto l'azione dell'insulina già prima somministrata, ce lo fa sospettare l'idremia: questa era aumentata. Ora le importanti ricerche di Muggia circa l'azione degli ormoni e dei veleni vegetativi sull'idremia, eseguite nella nostra Clinica (*Accademia medica*, 1930), hanno fatto vedere che dopo l'insulina diminuisce l'idremia per passaggio di acqua dal sangue nei tessuti, mentre dopo l'adrenalina l'idremia aumenta per passaggio di acqua dai tessuti nel sangue.

Io credo che nell'interpretare i fenomeni che si osservano dopo il trattamento con un dato

ormone o con un dato veleno vegetativo, si deve por mente a discriminare ciò che è dovuto al veleno o all'ormone somministrato, da ciò che può essere dovuto alle reazioni che si scatenano nell'organismo per riportare al normale l'alterato equilibrio ormonico o neurovegetativo. Cosa direbbe il collega Sorge, se io gli citassi il fatto che spesso in un animale dopo ripetute somministrazioni di adrenalina, può non aversi più la glicosuria pur avendosi sempre l'iperglicemia adrenalinica (ricerche di Pollack fin dal 1909)? Anche l'adrenalina, l'ormone, come dicono, antagonista alla insulina, rialza la soglia renale per il glicosio?

Come si vede da questa breve discussione, a me pare che le ricerche finora eseguite su quest'argomento (somministrando insulina ad organismi interi sani o malati, in cui gli effetti della somministrazione dell'ormone possono essere mascherati dalle reazioni che oppone l'organismo, tanto più se si osservano i fenomeni che si suppongono dovuti all'ormone molto tempo dopo dalla sua somministrazione, essendo noto che l'azione dell'insulina non dura più di due-tre ore), non facciano inequivocabilmente concludere per l'aumento della soglia renale per il glicosio nei reni sani per l'azione dell'insulina. Secondo il mio modesto parere, *attualmente non se ne sa nulla*; è a ricerche puramente fisiologiche che bisogna por mano: eseguire la circolazione artificiale del rene con inclusi il cuore e i polmoni alla Starling, con l'uretere isolato per avere il deflusso urinario, e su tal preparato studiare le variazioni della soglia di eliminazione del glicosio per azione dell'insulina. Solo così si potranno ottenere dati più probativi su cui concludere in merito al nostro problema.

Genova, 12 ottobre 1931-IX.

SUNTI E RASSEGNE.

FEGATO E VIE BILIARI.

Su di un nuovo orientamento nella terapia patogenetica della litiasi biliare.

(S. TZOVARU. *Arch. des Mal. de l'app. dig. et des mal de la nutr.*, giugno 1931).

Partendo da alcune considerazioni cliniche fatte nei casi di litiasi biliare e completate con alcune ricerche ancora in corso di esecuzione, l'A. è arrivato ad una concezione patogenetica un po' differente dalle concezioni correnti.

Secondo l'A. l'origine dello stato prelitisiaco sarebbe in una ipercolesterinemia primitiva, di origine cortico-surrenale. Questa ghiandola sarebbe il *primum movens* del processo litisiaco, che è determinato in seguito dall'azione secondaria dell'apparecchio epato-vescicolare, modificato dagli stessi fattori (gravidanza, febbre tifoide, ecc.) che determinano l'ipercolesterinemia.

È noto che il più gran numero di litiasi biliari si osservano nelle donne. Secondo Chauffard, Guy-Laroche e Grigant, l'ipercolesterinemia che si riscontra quasi regolarmente nei diversi stati fisiologici della donna, sarebbe l'origine della litiasi.

Le relazioni fra le ghiandole sessuali e la corticale surrenale sono dimostrate clinicamente e sperimentalmente. L'ovario è in antagonismo funzionale con la corticale surrenale ed una diminuzione della funzione ovarica, quale si riscontra nella donna negli stati fisiologici normali quali la gravidanza, la mestruazione, il puerperio, la menopausa, provoca una ipersecrezione della corticale surrenale, che è un focolaio importante di produzione della colesterina.

Perchè però l'ipercolesterinemia produca la litiasi, occorrono certe condizioni favorevoli nel fegato o nella vescichetta biliare, condizioni che possono essere realizzate dalla gravidanza (stasi biliare, per compressione della vescichetta da parte dell'utero, per ptosi viscerale); alterazione della cellula epatica per opera delle tossine della gravidanza ed infine, infezione biliare da colibacilli, più o meno latente.

È anche noto che i soggetti che sono stati affetti da febbre tifoide vanno frequentemente soggetti alla litiasi biliare. Ora, è oggi stabilito che, oltre alla bacillocolia di origine tifica, ha importanza per la produzione della litiasi, l'ipercolesterinemia che si riscontra quasi regolarmente nel periodo di convalescenza della febbre tifoide. La febbre tifoide d'altra parte come la gravidanza crea a carico dell'apparecchio epato-biliare, le stesse condizioni favorevoli allo sviluppo della litiasi biliare.

Nei due casi il meccanismo patogenetico è dunque quasi identico.

In base a queste considerazioni l'A. propone di indirizzare la terapia verso la correzione dell'ipersecrezione colesterinica da parte della corteccia surrenale, praticando o la soppressione funzionale (irradiazione intensa) o la soppressione anatomica (ablazione chirurgica) di una delle surrenali. Questi due procedimenti possono essere utilizzati dal momento in cui la diagnosi di litiasi è confermata, ma sopratutto dopo un'operazione sulle vie biliari. C. TOSCANO.

La questione delle bili nere.

(M. CHIRAY, J. PAVEL e P. AMY. *Presse Méd.*, 4 luglio 1931).

Sotto il nome di bili nere si designano delle bili ipercolorate che in certe condizioni vengono raccolte con il sondaggio duodenale o attraverso le fistole o in seguito ad interventi operativi.

Si distinguono diverse specie di bili nere.

1) *La bile oscura fisiologica di origine vescicolare* o bile B, bile più ricca di pigmento della bile A di origine coledocale e della bile C di origine epatica, per l'azione esercitata dalla mucosa vescicolare sulla bile messa in riserva nei periodi interdigestivi.

2) *La bile oscura fisiologica di origine epatica*, è la bile della notte, più concentrata in pigmenti ed in sali;

3) *La bile nera patologica di origine vescicolare*, è la bile di tutte le stasi di origine vescicolare; la sua colorazione è dovuta ad iperconcentrazione esercitata dalla parete vescicolare.

4) *La bile nera patologica di origine canalicolare*, dovuta a distensione, a vescicolizzazione del coledoco per assenza o esclusione della vescichetta, ed a conseguente concentrazione della bile nei canalicoli distesi.

5) *La bile nera patologica di origine epatica*, che presenta due varietà, la bile nera epatica legata ad iperemolisi e la bile nera epatica che segue la cessazione di una ritenzione biliare.

La prima è ben nota, la seconda lo è meno. Essa è dovuta ad una ipersecrezione compensatrice del fegato dopo liberazione da una ostruzione.

Fra le bili nere della terza categoria, gli AA. ne hanno isolata una che ritengono dovuta ad una malattia che ancora non trova posto nelle classificazioni, la colecistatonia, atonia o ipotonia della vescichetta biliare. Questa malattia è caratterizzata anatomicamente da una distensione vescicolare indipendente da ogni ostacolo meccanico estrinseco, e fisiologicamente da un indebolimento del tono e del potere contrattile della tunica muscolare della colecisti. Clinicamente è caratterizzata da sintomi di vagotonia digestiva, di dispepsia biliare e da emicrania. La bile nera che in questi casi si raccoglie, con il sondaggio frazionato, costituisce il sintomo più importante o almeno il più obiettivo della malattia.

C. TOSCANO.

RENI E VIE URINARIE.

La prova di Aldrich e Mac Clure.

(P. L. VIOLLE e GILBERT-DREYFUS. *Gazette des Hôpitaux*, 1° agosto 1931).

Aldrich e Mac Clure osservarono per primi che inoculando nei nefritici una piccola quantità di liquido (qualche decimo di centimetro cubo di una soluzione salina o di plasma o di liquido siero-fibrinoso proveniente da una pleurite) nel derma, la bolla che si forma si riassorbe quasi istantaneamente nelle regioni edematose, mentre nelle regioni esenti da edema il tempo di riassorbimento è notevolmente raccorciato.

Quando si segua una tecnica esatta, il tempo di riassorbimento, allo stato normale, varia da 50 a 90 minuti; esso diviene patologico solo al di sotto di 35 o anche di 30 minuti.

La prova è stata eseguita in un gran numero di condizioni morbose e dal complesso delle ricerche finora eseguite si possono trarre le seguenti conclusioni pratiche.

Dovunque vi sia edema, la prova di Aldrich e Mac Clure è positiva, si tratti di edema nefritico, nefrosico cardiaco, epatico, o di edema da causa locale (compressione, flebite, edema simpatico). Essa non chiarisce il problema patogenetico così complesso dell'idratazione dell'organismo, ma ha un certo valore indicatore circa l'evoluzione ulteriore dell'idropisia.

In effetti, in assenza di edema, la prova permette nei nefritici di svelare il preedema, cioè di saggiare indirettamente la funzione di eliminazione dei cloruri; negli epatici, costituisce uno dei modi di esplorazione delle funzioni del fegato, allo stesso titolo della ricerca del rapporto serina-globulina. Nei soggetti portatori di edemi unicamente localizzati agli arti inferiori, una prova positiva a livello degli avambracci fa escludere la diagnosi di edema da causa locale e mette in evidenza una idrofilia tissulare generalizzata. Nella fase di declino di una Flegmasia alba dolens essa potrebbe costituire un mezzo per sorvegliare il decorso verso la guarigione. Nei soggetti affetti da disturbi vaso-motori degli arti, ed a condizione che non esistano tracce di edema, essa permette di differenziare una acrocianosi semplice da una arteriolite organica; nei casi di arterite stenosante, di verificare i dati dell'oscillometria e di apprezzare direttamente alcuni miglioramenti funzionali.

Non bisogna però dimenticare che la prova fornisce risultati spesso difficili ad apprezzare e utilizzabili solo se ottenuti da un osservatore che si sia familiarizzato con il metodo.

C. Toscano.

La nefrocolonpessia di Gutiérrez.

(V. Ruiz. *Archivio italiano di chirurgia*, vol. XXVIII, fasc. 3, 1931).

L'A. ricorda come tutti gli altri metodi usati per correggere la ptosi renale sono insufficienti e per di più danneggiano il parenchima renale mentre non curano la ptosi primitiva del segmento cieco-colico, vero ed importante fattore della discesa del rene.

Nega insieme a Stromberg e De Vecchi che la loggia renale sia aperta verso il basso e in dentro; sostiene che la ptosi colica traendo sulla parete anteriore della loggia renale allarga lo spazio perirenale e favorisce la discesa del rene.

La maggior frequenza a destra si spiega per la più facile ptosi del colon destro, privo di mezzi legamentosi di sospensione.

Descrive quindi la tecnica:

1° tempo: Incisione transrettale destra sopra ed infraombellicale. Sezione del piano aponeurotico parietale.

2° tempo: Esposizione dell'angolo epatico del colon e sezione del peritoneo parietale costeggiando il margine esterno del colon ascendente e dell'inizio del trasverso.

3° tempo: Scollamento del colon dal piano posteriore e rovesciamento del medesimo verso la linea mediana.

4° tempo: Passare alla posizione di Trendelenburg con cui il rene ritorna nella parte alta della loggia.

5° tempo: Con grosso ago Hagedorn montato, si passano tre punti staccati di seta n. 2 sotto il rene respinto in alto; il più interno attraversa lo psoas, il 2° e il 3° il quadrato dei lombi. Questi punti uniscono la parete anteriore della loggia alla muscolatura posteriore ed obliterano la loggia in basso.

6° tempo: Togliere un buon tratto di sierosa che copre il rene nella sua porzione alta onde lasciare una superficie cruenta; sopra di questa si applica l'angolo epatico e vi si fissa con punti staccati in seta.

7° tempo: Chiusura della cavità addominale a strati.

Tale nefrocolonfissazione per via addominale è vantaggiosa perchè riduce la loggia renale, rispetta il parenchima renale, cura la ptosi del colon destro e permette nella stessa seduta di praticare altri interventi, come appendicectomia, colecistectomia, fissazione dell'utero, ecc.

In un seguente articolo riporterà gli eccellenti risultati lontani ottenuti in numerosi pazienti.

R. Grasso.

La cura della cistite tubercolare.

(G. Pieri. *Arch. Ital. Chir.*, vol. XXVII, fascicolo 4).

I primi tentativi per alleviare le sofferenze nei malati di cistite tubercolare, con intervento nel sistema nervoso vescicale, si devono a Rochet, il quale resecò il ganglio ipogastrico ed i rami che da esso vanno alla vescica, ottenendone un miglioramento sul dolore, ma un grado di paralisi vescicale.

L'A. ha trovato più razionale ed innocuo praticare la resezione del nervo presacrale, aggiungendovi la sezione bilaterale del cordone del simpatico al passaggio dal tratto lombare al tratto sacrale, e la resezione dei rami comunicanti dei primi gangli sacrali. Questo intervento, che è stato praticato dall'A. in tre soggetti con cistite tubercolare, apporta non solo la soppressione o la diminuzione del dolore, ma anche agevola il vuotamento della vescica, e per la vasodilatazione che determina mette la vescica in condizioni migliori di lotta contro il processo tubercolare.

V. Girmenia.

GINECOLOGIA ED OSTETRICIA.

Fibromi uterini e cancri epiteliali cavitari.

(E. Forgue e Soulas. *Paris Médical*, n. 51, 1930).

La coesistenza nell'utero di fibroma e di epitelioma cavitari solleva una questione importante dal triplice punto di vista anatomo-patologico, clinico e terapeutico. Su 299 isterectomie per fibroma gli AA. in 6 casi riscontrano la coesistenza di tali affezioni.

Nel 1905 il Piquand riferì, nella sua tesi, su 360 casi di coesistenza di fibroma con cancro sia del corpo che del collo dell'utero.

Da allora molteplici studi sono stati fatti sull'argomento e il tasso medio di frequenza, secondo molti osservatori è del 2,59 %.

Dal punto di vista anatomo-patologico possono verificarsi le seguenti combinazioni e cioè:

1) Fibroma e cancro simultanei ma distanti, si ha quindi evoluzione contemporanea ma indipendente e discontinuità anatomica tra le due formazioni neoplastiche.

2) Fibroma cancerizzato da un tumore epiteliale vicino e cioè può verificarsi:

1) Invasione di un epitelioma uterino.

2) Invasione di un epitelioma vicino non uterino.

3) Cancerizzazione primitiva di un nodulo di adeno-mioma.

Dal punto di vista diagnostico è tra i 50 e i 60 anni che si osservano con frequenza, la coesistenza di mioma e cancro dell'utero. Il mo-

mento in cui l'affezione compare è l'epoca pre-juxta-menopausica.

Le emorragie hanno perduto la loro periodicità. Le perdite bianche assumono i caratteri di una vera idrorrea e sono di cattivo odore.

I dolori sono variabili per intensità, con irradiazioni pelviche e femorali.

L'esplorazione vaginale non ci fa rilevare che una certa fissità dell'ureto alle volte, mentre l'esame cavitario, seguito da biopsia è non poco importante.

Il pericolo di tale metodo è la perforazione dell'utero, che deve essere seguita subito dall'isterectomia. L'esame digitale intra-uterino ha ben poca importanza.

Dopo una prudente dilatazione, l'indice può riscontrare masse bernoccolute.

L'isterografia al Lipiodol può essere non poco utile quando non vi siano ritenzioni settiche nè reazione degli annessi e può farci notare la presenza di un neoplasma intrauterino con un'immagine irregolare.

La seconda eventualità più frequente è che l'affezione si manifesti in donne che hanno passato regolarmente la menopausa e che dopo un certo tempo presentino perdite di sangue irregolari, con utero fibromatoso.

Giustamente afferma il Faure che ogni fibroma che aumenta e si presenta dopo la menopausa deve essere operato, poichè si tratta di altra affezione.

Formulata la diagnosi è opportuno praticare subito l'isterectomia totale addominale; la via vaginale è riservata in casi in cui per l'obesità e per le condizioni generali, specie cardiache, e per il volume non accentuato del fibroma, per le perdite putride non si vuole far incontrare alla paziente un forte choc.

La radio e radiumterapia sono controindicate, poichè si può verificare irritazione delle neoplasie e necrosi del fibroma.

T. LAURENTI.

Le cause della sterilità della donna e la loro diagnosi differenziale.

(R. BOURG. *Le Scalpel*, 22 agosto 1931).

La sterilità della donna è primaria quando la donna non ha mai avuto gravidanze e secondaria quando ci sono state gravidanze in precedenza.

Poichè è necessario per la fecondazione che gli spermatozoi siano normali, che l'ovulo sia ben costituito e che l'incontro dei due elementi avvenga in prossimità dell'ovaio, la sterilità può dipendere da un'anomalia di queste tre condizioni.

Per quanto riguarda gli spermatozoi, la sterilità può dipendere da azoospermia, da oligospermia, da necrospermia, le quali possono dipendere da orchiepididimite, da criptorchidismo doppio.

La sterilità per deficienze dell'ovulo può dipendere da anovulia, da disovulia (quindi si può avere nell'infantilismo ovarico, nell'ovarite), nelle intossicazioni (nicotinismo delle operaie di manifatture di tabacchi, deficienza alimentare grave), nelle malattie endocrine.

Questi due gruppi di cause di sterilità possono essere transitori o permanenti. È bene, nella prognosi della sterilità, ricordarsi che non è infrequente vedere la gravidanza in donne amenorroiche o anche oligomenorroiche (con 2-3 mestruazioni all'anno).

La sterilità da cause meccaniche insite nei genitali femminili ha cause molteplici: atresia della vagina, atresia del collo uterino con prolasso, cervicite, ipoplasia uterina, antiflessione o retroflessione dell'utero (condizioni queste due che non sono sempre, quando esistono, causa di sterilità), fibromi, endometriti, salpingite di qualsiasi natura.

Anche l'iperacidità del contenuto vaginale è causa di sterilità.

L'esame clinico della donna sterile comprende un'anamnesi accuratissima seguita da esame ginecologico. Se questo non dà alterazioni, si esaminerà lo sperma del marito (sarà meglio raccogliere gli spermatozoi in vicinanza del collo qualche ora dopo il coito per poter giudicare dell'influenza del secreto vaginale sugli spermatozoi). Se tutte queste indagini sono negative si potrà ricorrere all'insufflazione tubarica o iniezione di lipiodol. L'insufflazione tubarica ha dei pericoli (infezioni consecutive, embolia gassosa, sincope); essa può mettere in evidenza uno spasmo della tromba, che ha qualche volta importanza come causa di sterilità.

Si può, infine, fare l'esame radiologico iniettando lipiodol nella cavità uterina, o anche fare una laparatomia esplorativa.

Concludendo: le cause di sterilità non si trovano sempre con facilità e richiedono indagini accurate e metodiche; dalla conoscenza esatta della causa si potrà avere un sicuro indirizzo terapeutico.

R. LUSENA.

I tre saggi ormonici per diagnosi precoce di gravidanza.

(C. MAZER e J. HOFFMANN. *The Journ. of the Amer. Medic. Assoc.*, 3 genn. 1931).

La diagnosi differenziale fra gravidanza iniziale, intrauterina o ectopica, e vari stati patologici in cui si può avere amenorrea (tubercolosi, anemie, psicosi, disturbi endocrini e del ricambio) è qualche volta difficilissima. Gli AA. hanno praticato in 314 casi che si presentavano con questo dubbio diagnostico la prova di Ascheim-Zondek, quella dell'ormone sessuale femminile e quella di Siddal, fatte simultaneamente. In 141 di questi casi si trat-

tava di gravidanza normale confermata col decorso successivo e 9 erano gravidanze ectopiche.

Essi, dopo aver esposto dettagliatamente la tecnica seguita, riassumono così i loro risultati: i saggi con ormoni sono di grande valore nella diagnosi precoce della gravidanza e mentre ogni saggio preso da sè solo dà risultati positivi solo nel 75 % delle gravidanze iniziali, usati tutti e tre contemporaneamente dànno risultati positivi nel 90 % dei casi perchè almeno una delle prove può essere positiva anche quando le altre due sono negative. Un risultato negativo non permette di escludere senz'altro la gravidanza, il che si può fare con maggior probabilità di essere nel vero quando la prova è stata ripetutamente negativa. R. Lusena.

L'ATTUALITÀ MEDICA

Considerazioni sugli stati catarrali in rapporto alla dieta.

(J. H. P. Paton. *Edinburg Medical Journal*, agosto 1931).

È cosa nota che la naturale resistenza dell'organismo umano all'attacco da parte dei microorganismi patogeni viene diminuita dall'eccesso di introduzione di alcuni generi alimentari o dalla deficienza di altri.

Così la prolungata scarsità di cibi predispone alla tubercolosi; l'alimentazione insufficiente associata alla rachidite rende il paziente suscettibile al catarro bronchiale e intestinale e una dieta povera di grassi è responsabile dello stato catarrale della congiuntiva nella xeroftalmia.

Al contrario l'eccesso di introduzione di alcuni normali costituenti del sangue aumenta la disposizione ad alcune infezioni.

L'A. si è proposto di studiare, a traverso l'esame dei dati forniti da un grande convitto per signorine (nel periodo dal 1904 al 1928) se esistono rapporti tra la gravità e la durata dei catarri del tratto respiratorio superiore e la alimentazione.

È necessario anzitutto fare una chiara distinzione tra l'influenza e i catarri che ad essa così comunemente si associano.

L'influenza non è di per sè malattia pericolosa nè lunga; il prolungarsi e i pericoli di essa sono associati con lo sviluppo di infiammazione catarrale dei bronchi dovute a infezione secondaria di altri microrganismi che trovano adatto terreno.

L'immunità verso le infiammazioni catarrali delle vie respiratorie può essere diminuita da diverse altre cause oltre l'infezione influenzale. Tra di esse vanno ricordate: il morbillo, la scarlattina, il freddo e cosa molto importante: i disturbi del metabolismo.

L'A. quindi passa a considerare gli eventuali rapporti tra le restrizioni dietetiche del periodo di guerra e l'infezione influenzale e i processi catarrali.

Nel convitto in esame, durante i 15 anni anteriori al 1918 non vi fu nessun andamento epidemico dell'influenza, nè l'insieme delle affezioni catarrali raggiunse mai proporzioni epidemiche.

Ma nel 1918 la grande pandemia influenzale subitamente apparsa si diffuse per tutto il mondo; nè sfuggì il convitto in questione. La grande pandemia si manifestò in un tempo in cui le privazioni delle nazioni combattenti erano giunte al massimo e non è fuor di luogo pensare che la deficienza del cibo possa avere agito come fattore predisponente nella produzione di questa esplosione epidemica. Ma gravi circostanze sono opponibili a queste vedute: l'influenza era universale. Essa colpì anche nazioni non coinvolte nella conflagrazione e d'altra parte non apparve prima in quelle regioni nelle quali le privazioni erano state più prolungate.

Anche le truppe combattenti, meglio nutrite in confronto della popolazioni civile, furono duramente colpite.

Nel collegio non si notò nessuna diminuzione dell'influenza in seguito al ritorno alle diete di ante-guerra in occasione delle ostilità.

Dall'esame di questi fatti si può concludere che la deficienza alimentare non fu la causa dell'esplosione epidemica del 1918.

Sempre nello stesso collegio, i processi catarrali non solo non aumentarono in numero durante il periodo di restrizione dietetica ma diminuirono e in numero e in durata.

Questo fatto fa pensare alla possibilità che alcune sostanze alimentari fossero consumate in eccesso negli anni precedenti e che la loro riduzione consecutiva al razionamento fosse responsabile di questo benefico effetto.

Tale sostanza alimentare sarebbe lo zucchero.

Fino dal 1909 Maillard Ramsay aveva rivolto l'attenzione sugli effetti benefici della soppressione dello zucchero nella congiuntivite flittenulare.

Questa affezione si accompagna in genere con catarro cronico del naso, tonsillite e catarro dell'orecchio medio. Si tratterebbe insomma di una diatesi catarrale. Ora la restrizione dello zucchero influenzerebbe anche i concomitanti catarri del naso, faringe e tonsille.

Ricerche batteriologiche degli stati catarrali hanno mostrato che questi sono comunemente associati con l'attività patogena di streptococchi e stafilococchi; d'altra parte è pur noto che un alto tasso di zucchero nel sangue predispone l'organismo all'attacco da parte di questi cocchi.

Nel 1918 nel convitto i casi di influenza fu-

rono in genere esenti da complicazioni catarrali: invece nel 1921 e 22 furono notate alcune complicazioni catarrali a carico dell'orecchio e dei polmoni. In questi anni 1921 e 22 era stato ripristinato il consumo di zucchero di ante-guerra.

Ma anche uscendo dal limite del convitto per entrare nelle vaste regioni colpite da influenza nel 1918, occorre rimarcare che se le complicazioni dell'influenza furono ingenti e per numero di casi e per gravità, esse presentarono un carattere insolito: in genere il naso-faringeo era risparmiato, mentre prevaleva un catarro polmonare a tipo asfissiante con intensa cianosi.

Secondo Haldane la causa di tale complicazione era uno speciale microorganismo producente nitriti, capace di ridurre l'emoglobina.

Nel collegio in esame tale grave forma non si verificò grazie ai provvedimenti severi presi circa i rapporti delle allieve col mondo esterno.

L'A. conclude dicendo che se è veramente l'eccessivo consumo di zucchero che vien fatto in alcune regioni causa di un aggravamento e di un aumento di frequenza e durata degli stati catarrali, un razionamento adeguato di tale sostanza dovrebbe ridurre notevolmente la morbilità nazionale con conseguente beneficio dell'economia nazionale stessa.

VICENTINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

Epidemiologia generale. Vol. VI, Parte IV del « Trattato italiano di igiene », diretto dal prof. O. CASAGRANDI. In-8° di 441 pag. con 31 fig. in nero e colori. Unione tip. editrice, Torino. Prezzo L. 60.

In questo volume del noto Trattato di Igiene, sono felicemente riuniti e fusi monografie e studî di diversi autori. Alla « Storia delle epidemie » dettata da A. CORSINI, seguono i capitoli sulla « Geografia delle epidemie », « La vita dei germi patogeni nell'ambiente», « I veicoli delle cause morbigene », « Le porte d'ingresso nell'organismo », ecc., tutti ripresi dall'epidemiologia generale del compianto prof. CELLI ed aggiornate dal GAIDENGHI, purtroppo anch'esso rapito alla scienza.

« L'importanza economica e sociale delle epidemie » è stata trattata da G. PIETRA, « I vaccini e le vaccinazioni » da M. LEVI DELLA VIDA, « Le cause sociali di predisposizione » da G. LORIGA.

Altri capitoli sono aggiunti, come: « Vita micoplasmica, germigeni o germiciti » di O. CASAGRANDI, « L'immunità » di A. ASCOLI, che mette in giusta luce il prezioso contributo degli italiani su questo argomento, « La vaccinazione antitubercolare » (G. GHEDINI), « Il meccanismo delle infezioni intestinali » (G. SANARELLI), « La coltura dei tessuti » (A. SEPPILLI).

Da ultimo, sotto il modesto titolo di « Appendice », in un centinaio di pagine, una chiara e sintetica esposizione di biocolloidologia fatta da A. BRUSSA.

Nonostante la collaborazione di tanti autori, la materia risulta trattata con uniformità di intenti ed è quanto di meglio si possa oggi desiderare sull'argomento. *fil.*

R. CHAUSSINAND. *La vaccination contre la tuberculose par le B. C. G.* Un vol. in-8° pag. 195 G. Doin, Paris, 1931. Prezzo fr. 38.

Sebbene ancora contrastata, la vaccinazione antitubercolare col BCG. è stata quella che finora maggiormente si è imposta ed è stata più largamente attuata, in 27 nazioni, sopra 300.000 individui in una diecina d'anni.

In questo lavoro che riassume lo stato attuale della questione (dal punto di vista di Calmette che vi ha fatto la prefazione), l'A. espone dapprima le ricerche sperimentali praticate sul BCG e discute la questione dell'allergia alla tubercolina e quella della stabilità del BCG.

Nella seconda parte sono riferite le osservazioni cliniche pubblicate finora nei diversi paesi; l'A. indica i dati che permettono di realizzare una vaccinazione corretta ed efficace e porta delle convincenti dimostrazioni sulla innocuità del BCG nel bambino e sui perfezionamenti della tecnica. Da ultimo, una estesa bibliografia.

Il lavoro è assai utile a quanti si occupano della questione, nonchè a coloro che vogliono conoscere la tecnica e le indicazioni precise per tale vaccinazione. *fil.*

L. SIVORI, U. REBAUDI e I. MENNITI. *L'enzimoreazione. Principii, tecnica, applicazioni.* Un vol. in-8° di pag. 222 con 2 tav. colorate. L. Cappelli ed. Bologna. Prezzo L. 30.

L'insieme degli studî degli AA. si basa essenzialmente su due ordini di fatti: l'uno contrario alle vedute di Abderhalden ed affermante il carattere di specificità dei prodotti di scissione proteica, l'altro che costituisce una larga visione sulle azioni fermentative che, cioè, sotto l'azione di uno stimolo, possono svilupparsi delle energie le quali agiscono sulla sostanza stimolante desintegrandola.

Il metodo dell'enzimoreazione si appoggia su tali fatti e mette in luce, p. es., le proprietà digestive possedute dai sieri di fronte alle albumine batteriche e molti fenomeni dell'immunità e della anafilassi.

In questo volume, frutto di lunghe e pazienti ricerche, gli AA. studiano dapprima le

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

scorie del ricambio, la specificità dei prodotti di desintegrazione, i fenomeni della malattia, dell'immunità, ecc.

Passano poi ad un'accurata descrizione della tecnica dell'enzimoreazione e delle condizioni per la sua riuscita e, da ultimo, alle applicazioni di questa reazione che può, fra l'altro, dare nelle malattie da germi, delle indicazioni diagnostiche e prognostiche, segnalare la capacità d'utilizzazione di un dato individuo verso un dato alimento, rivelare la necrobiosi patologica e — pertanto — fornire i dati per una diagnosi di disfunzionalità o di malattia di uno o più organi ed arrivare persino ad una diagnosi presintomatica.

fil.

H. Mathias. *Autour du drame vénérien.* Editore Maloine. Parigi.

L'A. espone sottoponendo al vaglio di una critica obiettiva tutto quanto oggi si conosce intorno alla sifilide acquisita e congenita: l'etiologia, le manifestazioni cliniche, i mezzi di accertamento, la cura.

Con particolare interesse sono discussi i varî trattamenti precisando le loro indicazioni speciali. Dr.

S. Baravalle. *L'infermiera. Assistenza agli infermi, alla maternità ed infanzia. Soccorsi d'urgenza.* Un vol. in-8° di 230 pag. con fig. Soc. an. vercellese ind. tipografica, Vercelli. Prezzo L. 10.

In queste conferenze che l'A. ha tenuto ad infermieri, maestre, associate della Croce Rossa, l'A. evita di esporre delle teorie o di fare lunghe ed inutili lezioni di anatomia e fisiologia. Si limita invece alla parte puramente pratica fornendo buoni ed utili consigli per l'assistenza agli infermi, per aiutare il medico quando esegue operazioni, medicature, fasciature, per governare i bambini e per prestare i primi soccorsi nell'attesa del medico.

R. P.

Atti Ufficiali del III Congresso internazionale fra i paesi europei, per la coltivazione ed il commercio delle piante medicinali ed affini. Un vol. in-8° grande, di 763 pag. Arti grafiche Fantoni, Venezia.

Di questo Congresso tenutosi a Venezia, Padova e Vicenza, con l'intervento dei rappresentanti di 14 nazioni, sono riuniti nel presente grosso volume gli Atti con tutte le relazioni e le comunicazioni nelle quattro lingue ufficiali del congresso (italiano, francese, tedesco, inglese). Citiamo il titolo di qualcuna. *Coltivazione e commercio di alcune piante aromatiche spontanee* (G. Michelini di S. Martino). *La normalizzazione delle qualità delle droghe* (W. C. De Graaf). *Ricerche bioclimatiche ed oscillazione del valore delle piante medicinali* (W. Hecht). *La lavanda* (G. Rovesti). *Il piretro di Dalmazia* (A. De Mori). *La pianta medicinale in rapporto con la terapia* (C. Gibelli). *Lo zafferano d'Aquila* (A. De Mori). *Codice internazionale delle droghe* (E. Mameli) ed altre molte.

Un complesso, quindi, di studî e di lavori di grande importanza, di cui sarebbe opportuna una più vasta conoscenza da parte del pubblico italiano, per comprendere l'utilità della valorizzazione di questi prodotti del nostro suolo, valorizzazione che viene tenacemente perseguita dall'Ufficio nazionale per la difesa delle piante aromatiche e medicinali, di cui è Direttore tecnico il dott. Alessandro De Mori. Come è noto, tale Ufficio fa parte dell'Ente nazionale per le piccole industrie e per l'artigianato. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Associazione Medica Triestina.

Circolo di Cultura del Sindacato Fascista Medici.

Adunanza scientifica del 17 aprile 1931.

Presidente: Dott. A. Cofleri.

Il Presidente ricorda con commosse parole il dott. Gusina di cui ricorre l'anniversario della morte; indi rivolge un saluto augurale al prof. Frugoni chiamato a coprire la cattedra di Clinica medica dell'Università di Roma.

Prof. Marziani. — *Un caso di porpora emorragica con esito ad ulcerazione.*

Dott. Macchioro. — *Ricerche cliniche sul comportamento della colesterina nella tubercolosi polmonare.*

Il ricambio colesterinico nell'arteriosclerosi.

Dott. Romanin — L'O. dopo aver brevemente accennato ai più recenti studi sulla colesterina, rivolti allo scopo di spiegare il quesito etio-patogenico dell'arteriosclerosi passa ad esporre i risultati delle proprie esperienze, eseguite nel III Reparto Medico dell'Ospedale Civico « Regina Elena » (primario: prof. Mann), e che hanno messo in rilievo una costante e notevole ipercolesterinemia in tutti i soggetti colpiti da arteriosclerosi totale o parziale, soffermandosi quindi a valutare i dati ottenuti e a differenziarli da quelli riscontrati nella senilità fisiologica e in altre forme morbose, accompagnate o no da îpertensione.

In un secondo gruppo di ricerche l'O. si è proposto di studiare il comportamento del tasso colesterinico, sia dopo somministrazione di un carico, sia dopo un regime ipercolesterinico prolungato, dimostrando così che l'apporto anche in eccesso, di colesterina esogena o alimentare nell'individuo in corso di arteriosclerosi, ha — nella maggior parte dei casi — una influenza molto scarsa e indecisa sulla percentuale della colesterina nel siero, onde appare evidente l'enorme importanza della colesterina di origine endogena.

L'O. concludendo dice che se noi vogliamo considerare il diverso modo di reagire allo stesso stimolo come l'espressione delle diverse capacità funzionali di riserva, variabili da soggetto a soggetto, è possibile, ammettere che i tessuti pur rispon-

dendo nel miglior modo alle esigenze dell'organismo vengano ad esplicare nello stesso tempo un'azione, per così dire autoregolatrice sul ricambio della colesterina di origine esogena, mentre invece nel gioco del metabolismo endogeno quasi esclusiva importanza spetterebbe all'elemento diatesico-costituzionale, proprio delle sindromi ipertensive e arteriosclerotiche.

Il dott. A. BRUNNER chiede al dott. Macchioro se ha riscontrato un parallelismo fra il tasso di colesterina nella tubercolosi polmonare e la formola leucocitaria nonchè la prova della sedimentazione del sangue

Il prof. IACCHIA rileva le giuste riserve espresse dal dott. Romanin sulle deduzioni che si possono trarre da esperimenti in animali trattati con grandi dosi di colesterina. Ricorda che da recenti pubblicazioni del prof. M. Comel dell'Istituto di fisiologia di Milano, risulta la possibilità di provocare lesioni vasali in animali con ergosterolo anche non irradiato con raggi U. V. Siccome l'ergosterolo è spesso presente, come impurità, nella colesterina — a meno di usare preparati assai depurati — si può supporre che alcune alterazioni in animali da esperimento, attribuiti alla colesterina propinata, sieno, almeno in parte, dovute all'ergosterolo contenutovi.

Adunanza scientifica del 24 aprile 1931.

Presidente: Dott. A. COFLERI.

Proff. FREUND e VISSICH. — *Caso di plasmona della congiuntiva bulbare in una paziente affetta da una forma di tubercolide non ancora descritta.*

Sostanze ed azione istaminosimile e istamina nella terapia.

Prof. P. IACCHIA. — L'O. potè nel corso di molti anni, in più di cento casi, osservare che la iniezione sottocutanea di autosiero da flittene, provocata con vescicante cantaridato, ha azione rapidamente analgesica, antiflogistica, curativa in malati di poliartrite e di altre forme « reumatiche » (sue precedenti pubblicazioni nel 1926 e 1929). Poichè tali iniezioni risultano più attive di quelle di autoemo o di autosiero da sangue, oltre al presupposto generico di dermoallergine presenti nel siero da flittena, volle ricercare se l'effetto fosse attribuibile a sostanza almeno relativamente determinabile.

Supposto che per effetto del vescicante, sia per stimolazione della cute sia per disintegrazione della ceratina, si formino nel siero di flittena sostanze istaminosimili, fu comparativamente ricercato se effetti analoghi si potessero ottenere con iniezioni sottocutanee di istamina pura. Fu usato l'Imide Roche alla dose di mezzo cmc. pari a 0,0005 di istamina.

In malati di poliartrite acuta e subacuta si ottenne effetto analgesico pronto ma di solito transitorio dopo ore; in un caso cessazione duratura di artralgie gravi, ribelli a cura salicilica, in tutti discreto influenzamento favorevole sui decorsi.

L'O. pur facendo rilevare quale più efficace l'autosieroterapia e col cenno che sia essa che l'istamina concorrono solo ad affrettare la cura classica coi preparati salicilici, che non vanno trascurati, è di avviso che meriti continuare nei tentativi, comunque non dannosi, con l'istamina e prega i colleghi di controllare, in casi adatti, le sue prime osservazioni.

Esposte altre ipotesi ed esperienze altrui e proprie sia sul siero di flittene, sia su l'istamina, si riserva ulteriori comunicazioni in argomento e sue esperienze comparative di eventuali effetti da iniezioni di tiramina, che pure si può supporre presente nel siero di flittene, derivante dalla tirosina della cheratina.

Dott. PINO TAGLIAFERRO. — *Sulla puntura esplorativa del Douglas nella diagnosi degli esiti più frequenti della gravidanza extrauterina.* — L'O. riferisce su tre casi nei quali una puntura del Douglas poco probativa od addirittura contraddittoria venne a turbare od a falsare la diagnosi.

Discussione: dott. SUSA.

Adunanza scientifica del 25 aprile 1931.

Presidente: Dott. A. COFLERI.

Il prof. G. B. ALLARIA, direttore della R. Clinica pediatrica di Torino e vice-presidente della Società italiana di pediatria, tiene una lezione *sopra il rachitismo.*

Adunanza scientifica del 28 aprile 1931.

Presidente: Dott. A. COFLERI.

L'on. prof. BAGLIONI, fisiologo a Roma, tiene una lezione sul tema: *Alimentazione e medicina.*

Adunanza scientifica dell'8 maggio 1931.

Presidente: Dott. A. COFLERI.

Prof. MARZIANI. — *Un caso di dermatosi Darier.*

Prof. MANN. — Ripresenta — a 14 mesi dall'eseguita surrenalectomia — una malato affetto da *endarterite obliterante dell'arto inferiore sinistro.* L'infermo, al quale già si pensava d'amputare la gamba, sta perfettamente bene e può camminare senza alcun inconveniente; l'oscillometria è di poco aumentata, la glicemia è normale.

L'O. ritiene che il felice esito è da ascriversi al fatto che l'intervento venne praticato prima che fossero insorte irreparabili lesioni trofico-anatomiche dei tessuti.

Discussione: prof. OLIANI.

Prof. OLIANI. — Riferisce sopra un caso di *cisti dermoide del mediastino* operato con successo.

Discussione: prof. IACCHIA e dott. BUGLIARELLO.

Adunanza scientifica del 15 maggio 1931.

Presidente: Dott. A. COFLERI.

Dott. SPITZER. — *Alcuni casi di tubercolosi polmonare trattati col pneumotorace bilaterale simultaneo.*

Discussione: dottori BATTIGELLI, MACCHIORO e MORO.

Dott. COFLERI. — *Su un caso di fegato lobato con diatesi emorragica e su un altro di angina necrotica con agranulocitosi.*

Prof. MANNI. — *Caso di sarcoma mielogeno pluricentrico delle ossa.*

Adunanza scientifica del 29 maggio 1931.

Presidente: Dott. A. COFLERI.

Il prof. MARIO TRUFFI, direttore della Clinica dermosifilopatica della R. Università di Padova, tiene una lezione sul tema: *Variazioni e modificazioni di decorso della sifilide nel tempo.*

Il Segretario: Dott. L. WINTERNITZ.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Reinfezione e superinfezione sifilitica.

L'antico concetto di Ricord di una permanente immunità dell'organismo sifilitico in confronto di una nuova infezione ha perduto valore di fronte alla casistica e alle ricerche che hanno dimostrato la possibilità di una reinfezione e di una superinfezione sifilitica.

Questi due termini sono però lontani dal rappresentare fatti ben differenziabili l'uno dall'altro. La reinfezione, per avere la quale è necessario ammettere, per definizione, una completa guarigione della prima malattia, si basa su un presupposto per cui non esistono criteri di valore assoluto. Sappiamo infatti che nè i dati clinici nè quelli serologici sono ritenuti sufficienti per una sicura diagnosi di guarigione della sifilide.

La possibilità di osservare, durante il decorso di una infezione luetica, manifestazioni che simulano una nuova infezione — sifilomi recidivanti, pseudo-sifilomi secondari e terziari — rende anche più complessa la questione.

Che sia così è provato anche da tre casi clinici ampiamente descritti da Besta (*Dermosifilografo*, settembre 1930) uno soltanto dei quali risponde pienamente ai requisiti di una vera reinfezione, mentre negli altri due non è possibile affermare in via assoluta trattarsi di reinfezione, o di superinfezione o anche di recidiva della infezione già esistente.

M. MONACELLI.

Il trattamento della sifilide nelle donne incinte.

S. Beneded (*La Medicina ibera*, 3 gennaio 1931) insiste sulla necessità di trattare energicamente la sifilide nella donna incinta, terapia che talora non viene eseguita con sufficiente intensità per ingiustificati timori per la vita del feto.

Base del trattamento devono essere gli arsenobenzoli (quando non esistano le consuete controindicazioni) associati, nei primi mesi al bismuto, con serie divise da 20-25 giorni di riposo. Dose globale di salvarsan 5-6 grammi; dose massima 15 mg. per kg. di peso e per settimana; in una donna di 50-60 kg., una dose di 75-90 cg. sarebbe eccessivamente elevata.

L'albuminuria delle gravide, se non raggiunge cifre elevate che indichino un'insufficienza renale, non costituisce una controindicazione.

La cura non va interrotta negli ultimi mesi di gravidanza, ma continuata fino a pochi giorni prima dell'epoca presunta del parto.

Il neonato va subito sottoposto ad accurati esami clinici e sierologici per decidere se si debba intraprendere al più presto la cura.

Seguendo tale sistema, la mortalità per eredosifilide potrà discendere a cifre assai basse.

fil.

Sulle lesioni renali nel trattamento bismutico della sifilide.

La possibilità di lesioni renali in seguito ad iniezione di bismuto nella sifilide è accennata da P. Schröder (*Zentralbl. f. inn. med.*, n. 23, 1931). Ma le percentuali dei soggetti presentanti tali lesioni sarebbe più bassa di quanto si sostenga da altri autori.

Si tratta, in genere, di una flogosi dei tubuli contorti, con integrità dei glomeruli, e la guarigione si produce lentamente sospendendo il rimedio.

Il mercurio produce, a dosi più basse, lesioni più serie e regredenti con maggior difficoltà; e il salvarsan anche lede talora profondamente i reni, provocando nefriti, in qualche caso mortali. Se poi il rene è già leso, il salvarsan riesce più pericoloso del bismuto, e vari autori hanno dimostrato che nella nefrosi luetica il bismuto esplica azione favorevole. Il suo uso resta controindicato solamente nelle lesioni renali assai gravi, di origine non luetica.

M. FABERI.

La capacità funzionale del fegato viene lesa dalla terapia antisifilitica?

L'osservazione sistematica della funzionalità del fegato durante la cura antisifilitica eseguita da Zieler nella sua Clinica di Würzburg (*Deut. med. Woch.*, 1931, n. 10) gli ha dimostrato che, con i metodi di cura attualmente in uso, di regola non si osservano alterazioni degne di nota della capacità funzionale del fegato stesso.

Una energica cura salvarsano-bismutica nella massima parte dei casi non danneggia affatto il fegato, o lo danneggia in maniera sempre minore della lue non curata. Gli itteri, specie tardivi, sono da considerare come epato-recidive e cioè dovuti alla malattia stessa e alla cura insufficiente piuttosto che alla azione tossica dei medicamenti usati.

Ciò non dispensa dallo studiare in ognuno di questi pazienti la funzionalità epatica durante il trattamento, anche per la possibile presenza di intolleranza all'uno o all'altro medicamento.

A questo scopo l'Autore, tra le numerose prove in uso, raccomanda specialmente la ricerca dell'urobilinogeno nell'urina e la determinazione del tasso di bilirubina nel siero di sangue.

MONACELLI.

La cura prenatale della sifilide.

Dalla letteratura sull'argomento, dicono Wile e Shaw (*The Journ. of the Amer. Medic. Assoc.*, 13 dic. 1930) si nota l'enorme differenza nella mortalità fetale e dei neonati quando si è fatta la cura della madre malata durante la gravidanza. In alcuni casi il neonato può anche nascere immune dall'infezione.

Le statistiche variano nelle cifre secondo i vari autori, ma, nelle conclusioni sono concordanti. Però in molte statistiche sono considerate solo donne con sifilide di lunga durata; gli AA. studiarono la questione con particolare riguardo alle forme precoci di infezione della madre. Complessivamente esaminarono 100 malate con lues contratta in media 13 mesi prima.

La Wassermann o la reazione di Kahn furono positive nel 95 % dei casi, debolmente positive nel 4 % e negative nell'1 %.

Fu fatta la puntura lombare solo nei primi mesi di gravidanza, perchè la puntura lombare può essere ecbolica dopo il 6° mese.

Le reazioni sierologiche del liquor erano positive nel 9,4 % dei casi, negative nel 79,7 %, debolmente positive nel 6 % e si aveva aumento delle cellule nel 4,7 %.

La percentuale di placente con lesione sifilitiche è del 12 % circa di lesioni certe e 15 per cento circa di lesioni sospette.

Per la cura gli AA. adoperarono l'arsenico nell'82 % dei casi. Dalle 100 donne curate nacquero 92 figli viventi, di cui 7 prematuri e 85 a termine e 8 figli che morirono poche ore dopo la nascita. Dei 92 figli viventi, 44 avevano Wassermann fortemente positiva, 17 debolmente positiva e 31 negativa.

Due dei nati senza manifestazioni luetiche ne presentarono nei primi tre mesi di vita. Fra i 66 bambini che furono curati, tre morirono nel primo anno (due di polmonite e uno di sifilide, uno nel secondo anno e uno nel terzo per cause imprecisate) e uno pure nel terzo per polmonite. 71 bambini erano viventi e sani dopo 5 anni, percentuale elevata che gli AA. attribuiscono alla cura prenatale e neonatale.

R. LUSENA.

TECNICA.

Colorazione a freddo del bacillo di Koch.

G. Botteri (*Pathologica*, 15 settembre 1931) consiglia il metodo seguente.

Materiale disteso in striscio sottilissimo; fissazione, immersione nella soluzione A (a freddo) lasciandolo per un minuto primo. Si scola l'eccesso di colore su carta bibula e si immerge il vetrino nella soluzione B, lasciandolo per due minuti; si lava e si asciuga.

Come con la colorazione Ziehl-Neelsen, i bacilli appaiono colorati in rosso vivo su fondo azzurro chiaro.

Se il vetrino viene immerso nella soluzione A ancor caldo, subito dopo la fissazione, il tempo di colorazione viene ridotto a 15 secondi e quello di decolorazione a 30.

Sol. A: Fucsina Rubin cg. 50; Alcool assoluto g. 10; Acido fenico puro g. 2,50; Acqua dist. g. 100.

Sol. B: Acido lattico g. 4; Blu di metilene g. 2; Alcool a 85° g. 80; Acqua dist. g. 16.

fil.

L'impiego di un batteriofago nella diagnosi batteriologica.

M. Toyoda (*Deut. Med. Woch.*, 11, 1931) riprendendo le ricerche di Sonnenscheim di Hoder e di Heller, ha cercato un batteriofago che agisse unicamente sui bacilli di Shiga, Flexner e sul Y, allo scopo di differenziarli dal gruppo tifo-paralitico-coli.

Le sue ricerche sono state coronate da successo: è vero che alcune volte il bacillo non è attaccato dal batteriofago, ma allora anche la prova dell'agglutinazione presenta le stesse eccezionali lacune.

Grande vantaggio del metodo è quello di consentire una diagnosi rapida, entro 12 o al più 24 h.

V. SERRA.

MEDICINA SOCIALE.

Per la diagnosi precoce di cancro.

Secondo F. Carter Wood (*The Journ. of the Med. Assoc.*, 18 ott. 1930) la diagnosi di cancro è fatta raramente in tempo utile per una terapia efficace e se questo può essere scusabile per i tumori degli organi interni per i quali la sintomatologia è spesso oscura, non dovrebbe succedere per i cancri più accessibili come quelli della mammella, del collo dell'utero, della parte inferiore del retto e della cavità orale. Nel 20 % dei tumori accessibili la diagnosi è fatta quando non c'è più speranza di salvare il malato con le cure chirurgiche. Per poter fare una diagnosi tempestiva non c'è che la biopsia precoce e anche qui si hanno, con frequenza maggiore di quello che dovrebbe accadere, errori di diagnosi. E questo avviene perchè per lo scarso avvenire che questa specializzazione offre pochi sono quelli che si dedicano all'istologia patologica. Secondo l'A. l'istologo dell'avvenire sarà chiamato non solo a stabilire se un tumore è benigno o maligno, ma anche a dire il grado della malignità e della radiosensibilità e in questo la collaborazione fra clinico e istologo sarà più stretta di quanto sia ora in quanto il grado di malignità di un tumore non dipende solo dal tipo di cellule da cui è formato, ma anche dall'estensione e dai suoi rapporti coi tessuti vicini. L'addestramento dei medici alla diagnosi di cancro è ostacolata dall'assenza di ospedali dove si ricoverano esclusivamente cancerosi in modo che rapidamente egli possa vedere con una certa ab-

bondanza lo studio completo di malati di cancro dal lato clinico, radiologico e istologico oltre che terapeutico. È inutile cercare di educare il pubblico diffondendo nozioni sul cancro ad uso dei non medici finchè le condizioni della scienza medica non permettano una diagnosi precoce. R. Lusena.

MEDICINA SCIENTIFICA

La fagocitosi nella malaria.

M. Torrioli (*Riv. di Malariologia*, maggio-giugno 1931, con 4 tavole) mette in rilievo come la fagocitosi nella malaria assuma uno sviluppo imponente, il che induce ad ammettere che il processo abbia molta parte nel difendere l'organismo.

La fagocitosi si esercita attivamente sulle emazie parassitifere. Evidentemente queste sono alterate dai parassiti che esse ospitano, in modo da destare un chemotropismo positivo nei fagociti.

Essa si esercita anche sui detriti globulari e sul pigmento; ma quest'azione non può avere che un compito detersivo, non difensivo.

Quanto ai parassiti liberi nel plasma, sembrano resistere del tutto alla fagocitosi.

Sede abituale dei processi fagocitari è l'apparato reticolo-istiocitario. Più specialmente essi si svolgono nella sezione in intimo rapporto col sistema vasale (cellule periavventiziali, cellule istiocitarie della parete dei sinusoidi) ed in tutto l'apparato del fegato, del midollo osseo e della milza. In circolo invece la fagocitosi non si osserva che eccezionalmente, nelle perniciose; è più marcata nel territorio vasale dei reni ed in alcuni capillari cerebrali. L'endotelio vasale non partecipa al processo, salvo nei casi più gravi, ed anche allora si limita ad assumere scarsi granuli di pigmento.

*
* *

Quasi contemporaneamente, lo stesso tema è stato oggetto di ricerche sperimentali da parte di P. R. Cannon e W. H. Taliaferro (*Journ. of preventive Medicine*, gennaio 1931, con 1 tav.), i quali l'hanno studiato nella malaria degli uccelli. Questa è adatta per tale ordine di studi, poichè gli uccelli sono colpiti da ematozoi molto simili a quelli umani e poichè le loro emazie nucleate si riconoscono facilmente entro i fagociti; d'altra parte, le ricerche sperimentali permettono di sorprendere il processo in stadi definiti e ciò in tutti gli organi. Queste ricerche ne integrano altre precedenti degli stessi AA., sulla inefficienza della difesa umorale.

Risulta, ora, che la resistenza acquisita dall'organismo degli uccelli verso l'infezione malarica, è inerente invece alla fagocitosi, esercitata dalle cellule mesenchimali del sistema reticolo-endoteliale, in specie del fegato e della milza; gli endoteli non entrerebbero in gioco (Torrioli vi ha visto qualche granulo di pigmento).

Allorchè l'infezione degli uccelli si è latentizzata, inoculando nuovi parassiti malarici la reattività del mesenchima si desta quasi immediata: entro 15 minuti essa è già in opera e dopo 24-48 ore i parassiti inoculati non si ritrovano più: sono stati spazzati dai fagociti. Questa attitudine a vincere la superinfezione può durare anche un paio d'anni.

Le ricerche sperimentali dei due autori americani e quelle del Torrioli nell'uomo si integrano: vengono reciprocamente meglio lumeggiate e definite. Risulta sempre meglio documentato, da essi, il cómpito dell'istiocita nella immunità. A. P.

POSTA DEGLI ABBONATI.

La vaccinazione Maragliano. All'abb. n. 3561:

Il vaccino viene preparato dai bacilli tubercolari uccisi alla temperatura di 100° od anche più uniti ad una piccola quantità di veleno integrale solubile (*Novum Sofos*) il quale, a sua volta, è ottenuto facendo digerire i corpi bacillari e trasformando le loro proteine in ultrapeptoni.

Lo si introduce per via intradermica, preferibilmente alla regione deltoidea. Con un adatto strumento costituito da una lamina concavo-convessa alla superficie della quale si trovano quattro punte minute, previa disinfezione si fa una scarificazione leggerissima che intacca il derma delimitando una superficie quadrangolare con il lato di 4 cm.

Sulla cute scarificata si versa il contenuto della fiala (circa 1/4 di cmc.); dopo prosciugamento, si ricopre con guttaperca laminata e garza. Nei giorni seguenti, si hanno fenomeni reattivi (arrossamento, tumefazione, formazione di noduli e pustoline) che al 10° giorno sono generalmente scomparsi. Di solito, non si ha reazione termica o del tutto lieve; in qualche caso, la reazione termica è abbastanza notevole, ma non persistente (tubercolosi ignorata, ma in atto); oppure tubercolosi conosciuta in individui in cui la vaccinazione si applica a scopo curativo.

Le vaccinazioni si applicano in serie di 8-10, ad intervalli di 15-20 giorni.

Le vaccinazioni così eseguite furono molte (oltre 20.000 nel Dispensario annesso alla Clinica Maragliano, dal 1903 ad oggi). Gli autori che le hanno praticate sono concordi nell'affermarne l'innocuità e l'utilità e nel ritenere che esse dovrebbero essere fatte in chiunque sia tubercolizzabile, non esistendo controindicazioni assolute. Per ora sarebbe consigliabile il praticarle ai bambini e giovanetti (da pochi mesi di età a 15-18 anni), provenienti da famiglie tubercolose o conviventi con esse, con sintomi di debolezza organica.

fil.

VARIA.

Il successo in medicina.

Da che cosa è dato il successo in medicina? Quale è la ragione per cui si vedono medici, che pure senza possedere grande dottrina nè speciali qualità che li distinguono dagli altri, hanno fior di clientela, mentre altri pure essendo colti e coscienziosi, languiscono in una critica posizione da cui nonostante tutti gli sforzi non possono mai togliersi?

La risposta non è agevole poichè presuppone un'analisi minuta dei diversi elementi a cui è dovuto il successo, alcuni dei quali sfuggono alla nostra ricerca.

È stata incolpata la mancanza di un'adatta disposizione alla professione nostra. Ancor più che la scelta del mestiere, quella delle professioni liberali è determinata in base a coefficienti diversi, dai quali il più spesso esula l'*attitudine personale*, salvo forse per quelle che esigono tendenze speciali come la matematica ed, in parte, le lettere. In medicina (come in giurisprudenza) chiunque è dotato di intelligenza media riesce a conseguire la laurea e non esistono ancora elementi sicuri su cui basare la scelta psicotecnica di tale professione.

Maggiore peso può avere l'attitudine nella scelta del ramo dello scibile medico a cui dedicarsi. Vi è chi è più dedito al lavoro tranquillo delle ricerche di laboratorio, altri invece è più disposto alla lotta, ad una vita espansiva. In questo campo, ad ogni modo, la selezione sarebbe opportuna per escludere, ad esempio, dalle branche chirurgiche gli individui molto emotivi ed includervi invece, di preferenza, quelli in cui è benè sviluppato il senso delle forme; le belle ricostruzioni plastiche che si sono vedute in mutilati della guerra si debbono a chirurghi che avevano spiccato tale senso.

Ma quali altre qualità deve possedere il medico per riuscire? La scienza? una vasta dottrina? Sono certamente fattori di grande importanza e non possiamo pensare che un medico eserciti coscienziosamente la sua professione senza avere una buona base di cultura e senza tenersi al corrente dei progressi della scienza. Ma vi sono dei medici, veri pozzi di scienza, che « sanno tutto » e che, al momento opportuno, dalle numerose cognizioni affastellate non sanno scegliere quella necessaria. Altri, invece, di coltura modesta, fatta più di pratica e di osservazione che dallo studio dei libri, i quali sanno ottimamente trovare la giusta via per la diagnosi e per la cura.

Il modo di studiare, di saper coordinare le proprie cognizioni, ha certamente una gran parte nell'utilizzazione di queste.

Anche l'aspetto del medico, il suo modo di presentarsi, il suo contegno hanno notevole significato. E' noto l'antico precetto:

« *Clemens accedat medicus cum veste polita,*
« *Luceat in digito nitida gemma suo* ».

Ma anche in questo campo, nulla di sicuramente preciso, e noi vediamo medici quasi deformi o trasandati nel vestire che hanno la loro clientela affezionata. Sembrerebbe che tale elemento dovesse avere un certo peso nell'esercizio pediatrico, ma nulla di tutto ciò; vi sono medici dal gran barbone, dal grosso vocione, veri tipi di babàu, i quali sanno cattivarsi l'animo del bambino quanto altri mingherlini, dall'aspetto quasi femmineo.

Indubbiamente l'elemento psicologico influisce grandemente sul successo. Il saper penetrare nell'animo del malato e dei suoi famigliari, il comprenderne i bisogni, le buone parole dette a tempo opportuno creano spesso un'atmosfera di simpatia attorno al medico; il che non toglie che, spesse volte, le buone parole non suscitano la desiderata « rispondenza di amorosi sensi », cadono nel vuoto, sono male interpetrate ed il medico ne risente un'amarezza che, a lungo andare, può finire col disgustarlo, determinando in lui uno stato d'animo di avversione e di durezza.

Il caso?, la fortuna?, i mezzi economici? Anch'essi elementi tutt'altro che trascurabili. Ecco un giovane con attitudini per le ricerche scientifiche il quale, per ragioni economiche, non può rimanere a lungo senza guadagnare e finisce per languire in una condotta o, peggio, per essere stritolato nella lotta per la vita del così detto libero esercizio. Eccone invece un altro, di limitato ingegno, di scarsa cultura, spesso « figlio di papà », che può venire « lanciato » e sorretto per una buona via e raggiunge agevolmente il successo. Esempi che si hanno dovunque a portata di mano; basta pensare alla carriera universitaria decisamente preclusa a quanti non possono rimanere per lunghi anni una passività nel bilancio paterno.

I *fortunati* vi sono certamente; si ritiene che spesso quanto si chiama fortuna è invece l'abilità di saper cogliere il momento opportuno di trarre il massimo profitto di quanto si presenta; ad ogni modo, è un fatto che vi sono individui a cui tutto va bene ed è anche noto, che Napoleone, gran conoscitore di uomini, sceglieva i suoi generali non soltanto fra i più abili, ma fra i più fortunati.

Il successo in medicina, del resto, non è in fondo che un caso particolare del successo nella vita; fatto in massima parte di elementi imponderabili, che sfuggono ad un'analisi serrata. Anche nella medicina, come nella vita, un granello di onesto ciarlatanismo non guasta, almeno per farsi un po' di strada fra la turba. Quando sia bene inteso, esso consiste, in fondo, nel non svalutare la propria opera, nel farla valere agli occhi del mondo — spesso ostile od indifferente — e nel valorizzare la medicina stessa e può agire come una vera medicazione psicologica. Il polo opposto, che sfocia nello scetticismo finisce per essere dannoso alla scienza ed all'arte della professione nostra.

A. FILIPPINI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Medici curanti, medici consulenti e medici ispettori.

I rapporti tra medici curanti e medici consulenti non sono regolati da norme codificate. Tuttavia la pratica li ha definiti in modo da garantire il decoro ed il prestigio del medico curante e l'interesse del paziente. L'esperienza ed il buon senso hanno consigliata una linea di condotta, che in pratica viene rigorosamente seguita.

Le assicurazioni sociali in Inghilterra hanno prodotto tra gli altri inconvenienti anche quello di disordinare ed inasprire questi rapporti tra medici curanti e medici consulenti. Della questione si è dovuto occupare il Comitato morale della *British Medical Association*, la quale ha precisato le norme deontologiche che devono regolare l'istituto del consulto.

È interessante rilevare come queste norme collimino esattamente con la nostra prassi professionale.

Il documento s'inizia con la definizione del termine « consulente », per il quale deve considerarsi ogni medico chiamato da un malato o da persona d'accordo con il malato per dare in circostanze speciali il proprio parere in merito alla malattia sofferta dal soggetto che è in cura di un altro medico.

Nessun medico può rifiutarsi di accettare un consulto, specie in casi oscuri e difficili, se il paziente o i suoi amici ne mostrano il desiderio.

Egli, d'altra parte, deve procurare di ottenere l'aiuto ed il parere di un altro medico:

a) quando si tratta di decidere un intervento o di adottare un metodo di cura pericoloso di vita o che può compromettere permanentemente lo stato del paziente, specie se la malattia non è per sè stessa pericolosa;

b) quando si tratta della distruzione di un feto nell'interesse della madre, specie quando questa non sia in parto;

c) quando si è esitanti sulla diagnosi e sulla cura e ogni ritardo può riuscire pericoloso;

d) quando i pazienti dimostrano qualche dubbio sull'esattezza della diagnosi e della cura;

e) quando si può sospettare un'operazione illegale, un avvelenamento o altro delitto.

È preferibile che il consulente sia scelto dal medico curante. Ma questi non può rifiutare quello proposto dal paziente o dai suoi, a meno che esso non sia qualificato per la sua cultura ed esperienza speciale per esaminare il caso, o che per precedenti rapporti non ne sia gradito l'incontro.

Deve ad ogni modo essere rifiutato il consulto con un medico che pratichi sistematicamente un solo metodo di cura, o con chi sia stato riconosciuto dagli organi professionali colpevole di aver fatto cosa contraria all'onore ed all'interesse della professione.

La funzione di consulente non si può accettare senza il consenso del medico curante.

Il consulto deve svolgersi con le seguenti regole:

a) se il consulto non ha luogo a casa del malato, si pratica generalmente a casa del consulente, che fissa l'ora dell'incontro;

b) il consulente deve essere esatto all'appuntamento, e, se il medico curante manca, può dopo un tempo ragionevole d'attesa, visitare egualmente il paziente e lasciare le sue conclusioni per iscritto in busta chiusa indirizzate al curante;

c) prima dell'esame del malato il curante farà una rapida esposizione del caso;

d) entrando nella camera del malato precederà il curante, il quale presenterà il consulente; il curante sarà l'ultimo a lasciare la camera; la diagnosi, la prognosi e la cura saranno discusse in privato;

e) il parere sul caso e sulla cura saranno comunicati al paziente o ai suoi dal consulente in presenza del curante;

f) se è necessario che il paziente o i suoi abbiano notizia della diversità di opinione dei medici che hanno preso parte al consulto, spetta al consulente di fare le comunicazioni al riguardo;

g) il curante stabilirà e comunicherà al paziente o ai suoi l'onorario che dovrà essere pagato al consulente;

h) se un consulto personale è impossibile, il curante dovrà fare una relazione scritta e rispondere cortesemente e puntualmente ad ogni richiesta del consulente, che comunicherà il suo parere in busta chiusa indirizzata al curante;

i) le pratiche per ulterori consulti saranno lasciate all'iniziativa del curante.

Per quel che riguarda i rapporti tra paziente e consulente, questi eviterà in sua presenza ogni apprezzamento sulla natura della malattia, sul metodo di cura e sulla condotta del curante.

Quest'ultimo ha il dovere di adottare lealmente le misure prese d'accordo e si asterrà dall'apportare modificazioni radicali alle misure stesse, a meno che non si verifichino fatti nuovi o in caso di urgenza.

Il consulente dovrà scrupolosamente evitare di sminuire la fiducia del malato nel proprio medico, e non dovrà mai prendere rapporti diretti con il malato senza il consenso del collega o quando questo si assenti.

Un medico che ha visitato come consulente un malato non dovrà mai prendere il posto del curante durante la malattia per la quale è stato consultato. Se è invitato per malattie

successive, si presterà solo dopo avere avute spiegazioni con il medico curante.

Il codice deontologico considera infine i rapporti tra i medici ispettori delle casse di assicurazione malattie ed i medici curanti.

Il medico ispettore dovrà avvertire della data, l'ora e dello scopo della visita il medico curante acciò questi possa essere presente se lo desidera, eccezione fatta:

a) quando le circostanze giustificano una visita inavvertita;

b) quando le circostanze richiedono una visita fatta in un tempo ristretto, che non consente alcun preavviso;

c) quando il medico ispettore non sa quale sia il curante.

Il medico curante non deve creare difficoltà inutili nel fissare l'ora conveniente alle due parti. Quando egli manca all'appuntamento l'ispettore può senz'altro procedere all'esame.

Il medico ispettore deve in ogni caso astenersi dal dare qualsiasi parere sulla natura della malattia, suggerimento terapeutico, o esprimere critiche sull'operato del collega.

Il suo dovere si limita a rilevare gli elementi necessari per redigerè il rapporto all'istituto che l'ha incaricato dell'accertamento.

Se il medico ispettore ritiene neccssario segnalare all'istituto stesso che è indicata una modificazione della cura per ottenere più rapidamente la guarigione deve prima informarne il medico curante. *Pangloss.*

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACI CASTELLO (*Catania*). — Condotta per i poveri. Stipendio annuo L. 8000 lorde di tutte le ritenute di legge anteriori al R. D. 20-11-1930, N. 1491, nonchè della riduzione del 12 % a norma di detto decreto. Lo stipendio verrà aumentato di un decimo per ogni quadriennio e per cinque quadrienni a decorrere dal giorno della effettiva nomina. La domanda e i documenti di rito (il cui elenco ed altri chiarimenti possono richiedersi alla Segreteria del Comune) debbono pervenire alla Segreteria predetta entro le ore 12 del 22 dicembre.

AOSTA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Direttore sanitario del consorzio e del dispensario; proroga a ore 18 del 30 nov. Rivolgersi Segreteria, presso gli Uffici della Provincia.

ARCEVIA (*Ancona*). — A tutto 31 ott.; medico primario della condotta residenziale urbana; età lim. 40 a. al 28 sett.; doc. a 3 mesi; tassa L. 50,10; stip. L. 9000 aumentabile del 50 %; deduz. 12 %; serv. entro 15 gg.

BARI. *R. Prefettura.* — Ufficiale Sanitario e Capo dell'Ufficio d'Igiene del comune di Monopoli. Per titoli ed esami. Stipendio annuo L. 14.000 aumentabile a L. 21.000 per effetto di 5 aum. quadr. del decimo dello stipendio iniziale. Divieto libero esercizio profess. ed obbligo di eventuali funzioni di Medico del porto. La domanda ed i documenti, l'elenco dei quali con tutte le altre modalità possono rilevarsi dal bando di concorso da richiedersi alla R. Prefettura di Bari (Ufficio del Medico Provinciale), debbono pervenire all'Ufficio suddetto non oltre le ore 12 del 20 novembre.

BERGAMO. *Ospedale Maggiore « Principessa di Piemonte »*. — Primario tisiologo; proroga a ore 18 del 15 nov.

CAVA DEI TIRRENI (*Salerno*). — 1ª condotta. Scad. 30 dic.; L. 6000 e 4 quadrienni dec. oltre L. 1500 cavalc.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

COLLE D'ELSA (*Siena*). — Scad. 10 nov.; 2 condotte; L. 8500 e 6 quadrienni dec., oltre L. 3500 cavalc., c.-v.; decurtazioni 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

GRANZE (*Padova*). — Scad. 30 ott.; rivolgersi Segreteria com.

IMPERIA. *Amministraz. Provinc.* — Direttore della Sez. med.-micrografica del Laborat. provinc. d'igiene e profilassi; proroga ore 18 del 31 ott.

JERZU (*Cagiari*). — Scad. 30 nov.; L. 9000 oltre L. 500 assegno carcere mandament., c.-v.; riduzione 12 %.

LIVORNO. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Direttore profilattico di Portoferraio; L. 12.000 oltre L. 2000 serv. att.; ritenute di legge; 4 quinquenni dec. sullo stipendio base. Assistente medico del dispensario profilattico centrale G. Bandi; L. 6000 al lordo delle ritenute di legge. Scad. 31 ott.

MALO (*Venezia*). — Scad. 10 nov.; 2° reparto; chiedere avviso.

MESOLA (*Ferrara*). — Scad. 31 ott.; per Goro e Gorino; L. 10.000 oltre L. 2520 assegno complement., L. 2500 cavalc.; riduz. 12 %; 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

MONOPOLI. — (Vedi BARI).

MONTELEONE DI SPOLETO (*Perugia*). — Scad. 31 ott.; L. 10.000 e aumenti dec., oltre L. 600 serv. att., c.-v., L. 3000 cavalc.; deduz. 12 %; età lim. 30 a.; tassa L. 50,10.

MONZA *Ospedale di Circolo « Umberto I »*. — Scad. ore 18 del 21 nov.; due medici secondari; L. 5000 oltre L. 500 serv. att.; partecipaz.; camera; tassa L. 50; docum. a 3 mesi.

PADOVA *Comune.* — Il podestà, in relazione all'avviso di concorso ad ufficiale sanitario del Comune, bandito dalla locale R. Prefettura il 15 settembre u. s. sotto i nn. 15690-959 Div. M., avverte che, agli effetti degli aumenti periodici dello stipendio base, è riconosciuto il servizio prestato, anche in forma interinale, presso Amministrazioni comunali precedentemente alla nomina sotto l'osservanza delle disposizioni contenute nel regolamento organico per i dipendenti di questo Comune. Per altre informazioni rivolgersi alla Segreteria Generale del Comune.

POGGIODOMO (*Perugia*). — Scad. 31 ott.; L. 10.000 e aumenti del decimo, oltre L. 600 serv. att., c.-v., L. 3000 cavalc.; deduz. 12 %; età lim. 30 a.; tassa L. 50,10.

RICCO DEL GOLFO (*La Spezia*). — Scad. 31 ott.; L. 8200 ridotte del 12 %, 10 bienni ventes.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

ROMA. *Brefotrofio.* — Nomina del Direttore Sanitario; L. 17.000 e 4 quadrienni dec., oltre serv. att. L. 3400 e c.-v. Assunzione di un assistente medico, mediante contratto a termine (posto non di ruolo); L. 4800. Riduzione 12 %. Scad. ore 12 del 30 nov. (proroga). Tassa L. 50,10. Doc. anter. a 3 mesi dal 5 ott. Rivolgersi alla Presidenza dell'Istituto (via Nicola Fabrizi 7).

S. GIORGIO A LIRI (*Frosinone*). — Scad. 30 ott.; L. 9240 oltre L. 1848 indenn. cavalcat. ridotte del 12 %; 5 quadrienni dec.

SAN LORENZO AL MARE (*Imperia*) e frazione CIVEZZA (residenza pel medico). — Stipendio annuo L. 7894 aumentab. di un ventesimo per ogni biennio e per dieci anni. Indennità L. 1000 per cavalcatura e L. 500 annue per funzione Uff. Sanitario, più caro-viveri di legge. Stipendio e indenn. sono al lordo delle ritenute di legge. Scadenza 30 novembre.

SONDRIO. *Amministrazione Provinciale.* — Medico direttore del locale Ospedale Psichiatrico Provinciale. Termine utile per la presentazione dei documenti 30 novembre. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale di Sondrio.

SORISO (*Novara*). — Scad. 1 nov.; con Gargallo; L. 8000 per 400 pov., oltre L. 500 uff. san., L. 500 bicicl., L. 500 concorso spesa alloggio; 10 bienni ventesimo.

VENEZIA. *Ospedali Civili Riuniti.* — Aiuto nell'Ospedale per le malattie infettive in S. Maria delle Grazie. Chiedere annunzio alla Segreteria. (V. precedente N. 42).

VOLTERRA. *Congregaz. di Carità* — Scad. 29 dic.; due medici di sezione del Frenocomio di S. Girolamo; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi; stip. L. 11.600 e 5 quadrienni dec., indenn. alloggio L. 1500, serv. att. L. 1200, c.-v.; deduz. 12 %.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI E POSTI DI STUDIO.

Istituto nazionale delle Assicurazioni.

L'Istituto nazionale delle assicurazioni bandisce un concorso a premi per due *pubblicazioni di igiene* di cui una destinata agli assicurati in forma ordinaria, alla quale adiscono per lo più professionisti, industriali, impiegati, commercianti; l'altra agli assicurati in forma popolare. Gli opuscoli devono illustrare con molta chiarezza le norme di igiene atte a prolungare la vita umana nelle migliori condizioni di salute. I lavori debbono essere originali ed inediti, devono essere inviati in cinque copie dattilografate alla direzione generale dell'Istituto nazionale delle assicurazioni (servizio sanitario), non più tardi del 15 maggio 1932. Gli autori firmeranno il lavoro con un motto che sarà ripetuto su una busta chiusa e sigillata, nella quale dovrà essere contenuto il loro nome e l'indirizzo. I lavori approvati dalla Commissione giudicatrice e quindi premiati diventeranno di proprietà assoluta dell'Istituto.

L'Istituto mette a disposizione della Commissione giudicatrice un premio di lire ventimila per il lavoro destinato agli assicurati in forma ordinaria, da contenersi in non oltre 100 pagine a stampa; e un premio di lire diecimila per il lavoro destinato agli assicurati in forma popolare, da contenersi in non oltre 50 pagine a stampa.

Fondazione Rolli.

Concorso, per gli studenti della Facoltà di medicina e chirurgia, a undici premi della Fondazione Rolli, di lire mille ciascuno.

Le istanze per ammissione al concorso dovranno essere inviate, coi relativi documenti, al Rettore della R. Università di Roma, non più tardi delle ore 12 del giorno 11 dicembre 1931.

Chiedere annunzio alla segreteria della R. Università di Roma.

Fondazione Corsi.

Concorso a due posti di studio.

Possono concorrere coloro che documenteranno di avere conseguita la laurea medico-chirurgica nella R. Università di Roma da non oltre un triennio solare dopo avervi frequentato i corsi per due anni almeno; debbono inoltre aver conseguito negli esami speciali e generali una media di 24/30.

Le istanze per ammissione al concorso dovranno essere presentate al Rettorato, coi relativi documenti, entro il 3 dicembre 1931, ore 12. In esse i concorrenti dovranno dichiarare in quale ramo di scienza sperimentale o pratica intendono perfezionarsi.

Il godimento del premio è incompatibile col godimento di altri premi e con gli uffici di aiuto, assistente, tecnico e simili negli Istituti universitari o d'insegnante di qualunque grado nelle scuole pubbliche o private.

Chiedere annunzio alla Segreteria della R. Università di Roma.

Fondazione Ambrogio Bertarelli.

Sono messi a concorso due posti di perfezionamento a favore di due cittadini italiani laureati in medicina e chirurgia da non più di cinque anni dal 10 ottobre 1931.

I vincitori del concorso dovranno prestare l'opera loro per un anno solare presso la Clinica Dermosifilopatica della R. Università di Milano con funzione di medici praticanti interni e saranno tenuti ad esplicare attività scientifica.

A parità di merito sarà data la preferenza a chi già appartenga alla suddetta Clinica od all'Ospedale Maggiore di Milano.

È in facoltà del direttore della Clinica di usufruire di dette borse anche per inviare i vincitori, a scopo di studio speciale, in altra Clinica nazionale od estera, nel qual caso la durata del servizio degli assegnatari quali medici praticanti potrà essere convenientemente ridotta.

Ciascun vincitore godrà di un premio di lire cinquemila che sarà corrisposto in rate trimestrali, posticipate, dietro presentazione di attestato di approvazione del direttore della Clinica presso la quale compie la pratica.

La domanda (su carta da bollo da lire tre), dovrà pervenire alla Segreteria dell'Università (Corso Roma 10) non oltre il 30 novembre 1931 accompagnata dal certificato di conseguita laurea coi punti di merito riportati nella carriera scolastica, dal certificato di cittadinanza italiana e da altri eventuali titoli e documenti.

Commissione nazionale italiana per la cooperazione intellettuale.

Per l'anno accademico 1932-33 sono offerte alle socie della « International Federation of University Women » e quindi anche alle socie della Federazione italiana fra laureate e diplomate da istituti superiori, le seguenti borse di studio: una

di lire sterline 250, offerta dalla Federazione internazionale per ricerche in matematica, fisica, chimica, geologia e scienze biologiche, incluse la fisiologia e patologia, da farsi in paese straniero a scelta della vincitrice. Le concorrenti devono non avere superato i 45 anni di età e aver fatto ricerche originali ed indipendenti nell'ultimo quinquennio. I lavori pubblicati devono essere presentati in tre copie.

Una di dollari 1500, offerta dalla Federazione americana per ricerche scientifiche o letterarie, da farsi in paese diverso da quello di abituale residenza.

Una di sterline 100, offerta dalla Federazione britannica per ricerche scientifiche e letterarie, a condizione che la vincitrice risieda durante l'anno accademico in cui gode la borsa a Crosby Hall, Londra, e compia i suoi studi in quella città.

Le domande e i documenti devono pervenire al Consiglio centrale della Federazione italiana non oltre il 15 febbraio 1932 per la prima borsa, non oltre il 25 novembre 1931 per la seconda e non oltre il 31 dicembre 1931 per la terza.

Per ulteriori informazioni circa i documenti da presentare rivolgersi alla prof. Vittoria Federici Sora, in Roma, segretaria del Consiglio centrale della Federazione italiana.

Scuola di odontoiatria e protesi dentaria presso la R. Università di Bologna. Sono aperte le iscrizioni per l'anno scolastico 1931-32 ai Corsi di perfezionamento in Odontoiatria e Protesi dentaria per i laureati in Medicina e Chirurgia.

Essendo il numero dei posti limitato, l'accettazione viene regolata secondo la priorità nella presentazione delle domande e nel versamento delle tasse.

Le iscrizioni si chiuderanno il 30 novembre. Per programmi ed informazioni rivolgersi alla Segreteria della Scuola, Via S. Vitale 59. Bologna.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Presso la Facoltà di scienze mediche di Buenos Aires sono stati nominati i seguenti professori: Tiburcio Padilla, di semeiologia e clinica propedeutica; Arturo Ameghino, di clinica psichiatrica; José Maria Jorge, di clinica chirurgica; Alberto Zwank, d'igiene medica; Josué A. Berutti, di clinica ostetrica per medici; Juan A. Gabaston, di clinica ostetrica per levatrici (3° anno); Enrique Rebagliati, di chimica inorganica.

La cattedra di dermatovenereologia di Colonia è stata offerta al prof. Friedrich Berirg, della Clinica dermatologica di Essen.

Il prof. Walter Löhleim, di Jena, è stato chiamato a coprire la cattedra di clinica oftalmologica resa vacante per la morte di Axenfeld.

È stata conseguita la docenza privata in dermatologia dalla dott.a Berta Ottenstein: è il primo esempio del genere in Germania.

Il dott. Albert Marique è nominato professore di clinica chirurgica infantile e ortopedica all'Università di Bruxelles, in sostituzione del prof. Mattei, raggiunto dai limiti d'età. Al posto lasciato dal Marique, di capo-servizio di chirurgia infantile e ortopedica agli « Enfants Assistés », è nominato il dott. Parisel.

NOTIZIE DIVERSE.

Giornate di congressi medici.

Mentre questo numero viene impaginato e va in macchina, si svolgono a Bari i Congressi italiani di medicina interna, di chirurgia e di urologia; a Milano quello di ginecologia e ostetricia.

Come di consueto, daremo ai lettori una documentazione ampia di queste adunate culturali, in ragione dell'importanza che esse hanno assunto nella nostra vita medica. Ci fermeremo in specie sulle discussioni, le quali costituiscono, senza dubbio, la parte più viva dei congressi.

4° Congresso italiano sulla tubercolosi.

Questo congresso, svoltosi a Bologna dall'11 al 14 corr., è assurto all'importanza e al significato di un avvenimento nazionale.

Evidentemente la necessità di lottare contro la terribile malattia sociale penetra sempre più nella coscienza di statisti e sociologi, filantropi e medici, biologi e persone di intelletto e di cuore.

A determinare il vivo interessamento per il congresso, ha avuto molta parte il sagace e valido lavoro d'organizzazione compiuto sotto gli auspicî della Federazione, presieduta dall'on. Paolucci e di cui è segretario generale il prof. Bocchetti.

La cerimonia inaugurale, tenutasi nel salone Farnese del palazzo d'Accursio, fu imponente per la qualità degli intervenuti.

L'on. Arpinati lesse un efficace messaggio del Duce; esso fu coronato da ovazioni. L'on. Paolucci pronunziò il discorso programmatico. Parlarono anche il podestà, il rettore magnifico prof. Ghigi, S. E. Arpinati per il Governo, S. E. De Blasi per il Consiglio Nazionale delle Ricerche, l'on. Morelli per il Sindacato Nazionale Medico, il prof. Ilvento per la Direzione Generale di Sanità, il prof. Léon Bernard per l'Unione internazionale contro la tubercolosi, il prof. Simeoni per il Ministero delle corporazioni, il prof. Turchi, presidente del Consorzio antitubercolare di Bologna, il prof. Costantini, segretario del Comitato ordinatore.

Ci riserviamo di dare un resoconto dei lavori, i quali sono stati d'interesse pratico e scientifico.

Hanno anche avuto luogo l'assemblea generale della Federazione e il Congresso delle infermiere.

3° Congresso italiano di anatomia.

Dal 12 al 14 ottobre si è adunato a Palermo, nei locali dell'Istituto anatomico, il 3° Congresso della Società italiana di anatomia. All'inaugurazione assisteva un pubblico imponente di autorità politiche, di professori, di studiosi; parlarono il podestà, principe di Spadafora, il prof. E. Calandra per il P. N. F., il rettore magnifico on. prof. Ercole, il funzionante preside della Facoltà medica on. prof. Colella, il prefetto Albini; oratore ufficiale fu il prof. Luna.

Convegno regionale di neuro-oto-oftalmologia.

La sezione lombarda della Società italiana di neuro-oto-oftalmologia aveva indetto il suo 2° convegno a Bergamo, per il 18 corr. Onde dar modo ai colleghi milanesi di presenziare lo scoprimento del monumento a Mangiagalli, in occasione del 30° Congresso italiano di ostetricia e ginecologia, la riunione è stata rimandata all'8 novembre, nella stessa sede.

7° Congresso francese di pediatria

Il 7° Congresso dei pediatri di lingua francese si è svolto a Strasburgo dal 5 al 7 ottobre; vi ha partecipato una delegazione italiana presieduta dal prof. G. B. Allaria, che portò il cordiale saluto dei pediatri d'Italia e l'invito ad intervenire al venturo congresso italiano, che si terrà a Roma nel 1932. I proff. Allaria e Comba ebbero l'onore di presiedere due sedute scientifiche plenarie; presentarono comunicazioni varie i proff. Frontali, Fornara, Taccone, Comba e il dott. Mazzini.

Congresso internazionale di medichesse.

Come avevamo annunziato, dal 15 al 23 settembre si è tenuto a Vienna il Congresso dell'Associazione internazionale dottoresse in medicina e chirurgia. Sono state svolte le seguenti relazioni: Compito delle medichesse nei Paesi esotici; Tutela legale delle lavoratrici. Sul secondo tema è stata correlatrice la prof.a Emilia Sorrentino.

Per gli atti e per le informazioni rivolgersi alla segreteria dell'Associazione, rue Faubourg Saint-Honoré 58, Parigi.

1° Congresso interbalcanico di oto-rino-laringologia.

Il 7° Congresso rumeno di oto-rino-laringologia, tenutosi due anni or sono a Bucarest, accoglieva una proposta del prof. Belinoff, dell'Università di Sofia, affinchè fossero organizzati dei Congressi interbalcanici della specialità; e in onore dello stesso Belinoff, decideva di indire il primo congresso della nuova serie a Sofia. Esso si è svolto negli scorsi giorni, sotto la presidenza del Belinoff; tema in discussione fu « l'esofagite rodente », relatori Belinoff (per la forma acuta) e Metziano (per la forma cronica).

Tennero delle conferenze il prof. Portmann, di Bordeaux, sul trattamento chirurgico del cancro laringeo, e il prof. Marschik, di Vienna, sul trattamento chirurgico della stenosi laringea.

Il prossimo congresso interbalcanico d'O.-R.-L. si terrà a Stambul nel 1933.

Scuola di perfezionamento in pediatria a Roma.

La scuola di perfezionamento ha la durata di due anni; ha sede presso il R. Istituto di Clinica Pediatrica (Policlinico Umberto I). I corsi avranno inizio il 16 novembre.

Gli iscritti (non più di quindici e non meno di otto per anno) hanno l'obbligo di frequentare il corso ufficiale di Clinica pediatrica e le speciali conferenze ed esercitazioni, che saranno loro destinate. Non possono inscriversi ad altri corsi di specializzazione o di perfezionamento, nè possono durante l'anno scolastico ricoprire altri posti od incarichi sanitari sotto pena di vedersi annullata l'inscrizione.

Tasse complessive L. 2775 da versare al Banco S. Spirito, sede di Roma (via del Gesù 63).

Chiedere il programma al direttore della Scuola, prof. L. Spolverini.

Scuola di perfezionamento in medicina legale a Genova.

Alla R. Università di Genova sono aperte le iscrizioni al Corso dei medici aspiranti al diploma di perfezionamento in medicina legale e delle assicurazioni sociali (art. 44 dello Stat. e art. 4 del R. D. 31 dicembre 1923, n 2909; art. 60, 4 settembre 1925, n. 1604; art. 19, 23 ottobre 1927, n. 2105; art. 1 e segg. 29 agosto 1929, n. 1833).

Durante l'anno, in accordo con l'Istituto di Previdenza Sociale, sarà svolto pure un corso bimensile per gli studiosi di queste discipline.

Per informazioni rivolgersi al Regio Istituto di Medicina Legale in via Bertani 5, Genova.

Le iscrizioni si ricevono presso la Segreteria della R. Università di Genova; si chiudono il 30 novembre.

Scuola di perfezionamento in medicina del lavoro a Roma.

La Scuola di perfezionamento in medicina del lavoro, della R. Università di Roma, con sede nel Policlinico del Lavoro (via Ripetta 180), ha lo scopo di perfezionare i laureati in medicina e chirurgia nella Medicina del Lavoro, e di conferire il diploma di « Specialista in Medicina del Lavoro », particolarmente utile a quelli che aspirano ad essere medici ispettori del lavoro, medici di fabbrica, di Istituti di assicurazioni sociali, di Commissioni arbitrali per infortuni, medici-periti ecc.

La Scuola ha la durata di un biennio.

Tasse complessive L. 1655 (da versare al Banco di S. Spirito, via del Gesù 63, Roma). I corsi hanno inizio il 16 novembre. Le iscrizioni si ricevono sino al 5 novembre. Direttore della Scuola è il prof. Aristide Busi. Richiedere il programma.

Corsi di perfezionamento.

Promosso dalla Facoltà medica di Vienna, dal 30 novembre al 12 dicembre si svolgerà un corso internazionale di neurologia e di psichiatria, con speciale riguardo alla terapia delle malattie nervose e mentali. Rivolgersi alla Kursorganisation der Wiener Mediz. « Fakultät », Helferstofferstr. 1, Schottgasse 4, Wien I, Austria.

Commemorazione di Littré.

L'Accademia di Medicina di Parigi ha commemorato il 50° anniversario della morte di Littré, medico, letterato e filosofo, uno dei fondatori del positivismo scientifico, autore di un Dizionario di medicina (che ancora oggi ha largo esito, aggiornato dal Gilbert), di un Dizionario della lingua francese (che fece testo), di pregevoli opere letterarie, della traduzione di Dante ecc.

Alla commemorazione hanno preso parte parecchi accademici i quali erano stati contemporanei di Littré: il dott. Guéniot, che ha ora superato 99 anni ed ha pubblicato da poco il volume « Per poter vivere cent'anni »; il prof. Armaingud, di 89 anni, che da studente fu segretario del Littré per un quinquennio; i proff. Hayem e Pinard, che contano 85 anni.

Il Littré aveva ultimato gli studi medici, ma si era arrestato alla tesi di dottorato. Ciò nondimeno la sua rara competenza acquistata nel campo medico, gli valse la nomina a membro dell'Accademia di Medicina, sodalizio che accoglieva solo i sommi.

Di Littré il Sainte-Beuve diceva: « Con lui ci troviamo in una foresta di vasto sapere, dove molte strade praticabili ci chiamano in tutte le direzioni ».

Particolare interessante: oltre che di una forza di lavoro quasi illimitata, il Littré era dotato di un'eccezionale forza fisica.

Ondate epidemiche nell'Ucraina.

Sull'Ucraina si sono riversate varie epidemie, di tifo esantematico, dissenteria e altre malattie contagiose; si sarebbero originate nelle regioni industriali del sud. Il Governo sovietico dell'Ucraina, nell'impossibilità di combattere questi flagelli, si è rivolto al Governo di Mosca, chiedendo aiuti. Una commissione governativa procede ad un'inchiesta.

Trasfusioni di sangue in Inghilterra.

Da una relazione della Croce Rossa Britannica risulta che nel 1930 le trasfusioni di sangue in Inghilterra raggiunsero il numero di 1627; come volontari figurano iscritti, oltre a giovani, anche molti soggetti di media età ed anziani.

Innovazioni nel servizio sanitario militare francese.

Alle grandi manovre dell'Est, svoltesi recentemente in Francia, sono state sperimentate con successo alcune innovazioni, ideate o patrocinate dal gen. med. Lahaussois: tali i « gruppi sanitari di cernita e d'evacuazione », le « squadre chirurgiche mobili », il servizio di guardia permanente nei terreni d'aviazione, le « vetture-filtro » per il rifornimento di acqua potabile, ecc.

Malgrado gli strapazzi e gli sforzi insueti, la salute delle truppe si è mantenuta eccellente, grazie alla buona organizzazione dei servizi igienici.

Servizio odontologico nell'esercito paraguayano.

Nell'organizzazione sanitaria militare del Paraguay è stata ora inclusa l'odontologia, come ramo autonomo. Il servizio odontologico comprende un centro stomatologico nell'Ospedale Militare Principale, sotto la dipendenza immediata del direttore della Sanità Militare; esso attende all'igiene e profilassi boccale e all'assistenza medico-chirurgica dei militari così dell'esercito come della marina, nonchè alle protesi e alla disciplina medico-legale in questioni d'ordine odontologico. Nei vari stabilimenti e reparti militari, sono istituiti servizi minori. Infine presso ogni reggimento funziona un servizio deontologico, con uno specialista.

In tema d'economie.

La « Federazione delle Casse malattie » della Germania aveva inoltrato un'istanza al Governo, affinchè gli onorari dei medici addetti alle Casse malattie fossero ridotti d'autorità, in misura del 15-20 %, prevedendosi impossibile un'intesa diretta.

Invece l'intesa è stata raggiunta, sulla base di una riduzione dal 10 al 20 %. I medici hanno acceduto, tenendo conto delle difficoltà del momento e malgrado la loro attività professionale si sia ridotta del 25-35 %, sovratutto per le piccole malattie, in seguito ai decreti del luglio 1930 e del dicembre 1930 (il primo stabilisce la tassa di un marco a carico degli assicurati, affinchè questi abbiano diritto ai medicinali ed ai sussidi; il secondo riduce la misura dei sussidi); per di più l'imposta sugli introiti è stata elevata a tutti i medici esercenti e questi sono stati gravati di due nuove imposte: quella « industriale » e quella cosidetta « della crisi ».

* * *

Tra le economie proposte dalla « Commissione parlamentare inglese per le economie », onde fronteggiare la situazione critica del bilancio, va notata la riduzione del 20 % per i medici iscritti nelle liste delle assicurazioni (i quali attualmente ricevono oltre due sterline l'anno per ogni assicurato).

Nella stampa sanitaria.

Ha iniziato le pubblicazioni, in Avana, « La Tribuna Odontologica Cubana », a periodicità mensile, diretta dal dott. Alberto Colón. Il primo numero reca articoli originali di J. S. Burnet (Montevideo), J. U. Carrea (Buenos Aires), J. e M. Reposo ecc.

"Medici amici del vino,,.

In Francia esiste un'associazione che reca questo nome; è presieduta dal prof. Loeper, della Facoltà medica di Parigi, e ne è segretario il dott. Eyland, di Langon (Gironde). Gl'inscritti però si attengono alla temperanza e ne fanno valere i vantaggi. Basti dire che, ad una recente conferenza, il segretario patrocinava l'uso, non già del vino, ma dell'uva, e recava l'esempio dell'Italia; descriveva l'organizzazione di Ramiola, presso Parma, per l'ampeloterapia: le « stazioni rurali » del mezzogiorno della Francia sono molto più modeste.

Azione giudiziaria contro un medico.

Un medico della Francia settentrionale, in presenza di un ferito grave, omise di praticare l'iniezione di siero antitetanico, temendo di aggravare lo stato di shock e considerando che i casi di tetano sono eccezionali.

Disgraziatamente si sviluppò un tetano grave, ad esito letale; d'onde un processo, svoltosi al Tribunale di Valenciennes. Questo ha condannato il medico a corrispondere la somma di 75.000 franchi agli eredi, oltre gl'interessi giudiziari e le spese. La sentenza ha avuto una grande ripercussione negli ambienti medici francesi. Il dott. Castaigne, redattore-capo del « Journal Médical Français », ne ha tratto motivo per dedicare un intiero fascicolo (luglio 1931) alla sieroterapia preventiva. I lettori che vi avessero interesse ne possono far richiesta all'editore, A. Poinat (rue Cassette 21, Paris VIe).

È morto a Parigi il dott. L. W. SAMBON. Era nato a Milano da padre francese e madre inglese; aveva compiuto gli studi medici a Napoli e poi si era ambientato in Inghilterra.

È noto per avere indiziato, su dati epidemiologici, la glossina (mosca tsè-tsè) come vettrice della malattia del sonno.

Il suo nome resta anche legato alla prima prova di difesa meccanica contro la malaria, eseguita presso Ostia, d'intesa con P. Manson. Dal giugno all'ottobre del 1900 egli, il dott. Low e l'artista Terzi poterono vivere in una capanna, in piena palude, al sicuro dalle febbri. Mandò a Londra degli anofeli infetti, con i quali Manson potè conferire la malaria al proprio figlio.

Il Sambon sostenne, con documentazione varia, che i tumori maligni sono trasmessi da blatte o da altri insetti delle cucine, e la pellagra da simulidi; ma queste ipotesi non sono state convalidate.

L. V.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journ. A. M. A., 25 lug. — E. W. Brockbank. Mielite postvaccinica. — C. R. Murray. Fisioterapia nelle fratture.

Arch. Mal. App. Dig. ecc., giu. — S. Tzovarn. Terapia patogenetica della litiasi biliare.

Zbl. f. Chir, 15 ag. — W. Schreiber. Nuovo processo per la lussaz. abituale della spalla. — M. Köhler. Invaginaz. parziale del cieco. — W. Siemens. Polipo linfadenoide del retto.

Rev. Méd. Lat.-Amer., giu. — F. C. Arrillaga. Megaduodeno e megacolon.

Brit. Med. Journ., 15 ag. — A. Massay. Problemi sanitari dei viaggi aerei.

Paris Méd., 15 ag. — Bensis. Studio clin. della dengue.

Med. Klinik, 14 ag. — G. Katz. Sintomi cerebrali dell'artrite cronica.

Revue Neurol., lug. — H. Marcus. Nevralgia del frenico.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., ag. — F. P. Moersch e J. W. Kernohan. Aneurisma cerebrale arterovenoso. — F. N. Anderson. Narcolessia con attacchi catalettici.

Arch. It. di Chir., lug. — O. Amorosi. La glicemia nello shock traumatico e nello shock anafilattico. — G. Pistocchi. Peritoniti encapsulanti.

Journ. Med. Assoc. S. A., 25 lug. — N. H. Swellengrebel. La malaria nell'Unione sud-africana.

Journ. A. M. A., 8 ag. — C. A. Albrich. L'avvenire della pediatria. — B. F. Bolaud e L. F. Curran. Emocromatosi.

Arch. It. di Dermatol., lug. — C. Malossi. Patogensi della sclerodermia. — N. Bagnoli. Sifilide ossea.

Zeitsch. f. Tuberk., ag. — H. Starcke. Costituz. e tbc. — E.-A. Schneider. Trauma e tbc. polm. — M. Tsechnowitzer e I. Goldberg. Metalloterapia speriment. alla Walbum della tbc.

Wien. Klin. Woch., 21 ag. — Dattner. Reperti del liquor e terapia della sifilide.

Münch. Med. Woch., 21 ag. — Cruchet. Sindrome bradicinetica (parkinsonismo post-encefalitico). — Mayr. Misura della sensibilità cutanea e diagn. precoce di lue.

Ann. Inst. Pasteur, ag. — A. Boquet. Proprietà patogene B. C. G. — F. van Deinse. Ultravirus tbc.

Brit. Med. Journ., 22 ag. — C. Haberlin. Trattamento dei bambini al mare.

Riforma Med., 10 ag. — G. Izar. La diatesi artritica. — M. Cusani. Guarig. spontanea dei tumori maligni.

Diagn. e Tecn. di Labor., 25 lug. — R. L. Kahn. La reaz. di Kahn.

Pediatria, 15 ag. — M. Prebil. Meccanismo d'azione dei vaccini curativi lisizzati.

Med. Klinik, 22 ag. — E. Fränkel. Isolam. di sostanze oncogene dai tumori mal.

Pathologica, 15 ag. — C. Tedeschi. Contenuto batterico della cistifellea. — M. Menniti. Diagnosi di malignità dei blastomi della mammella.

Clin. Chir., giu. — Chianello. Azione patogena di taluni ligamenti colecisto-colici abnormi. — Cavina. Tbc. primitiva della mammella femm. — *Id.*, lug. Paolucci. Ulcere duodenali e digiunali sperimentali.

Día Med., 3 ag. — R. Peralta Ramos e A. J. Guiroy. Immunotrasfusione nelle infezioni puerperali. — T. Castellano. Trattam. della nefrosi. — P. L. Mirizzi. Morbo di Griesinger-Banti. — V. Putti. Morbo di Pott.

Nosokomeion, Supplem. straord. — Resoconto del 2° congresso internaz. ospedal.

Indice alfabetico per materie.

V. Ascoli †, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII Roma, 2 Novembre 1931 - X Num. 44

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Catania
diretto dal prof. LUIGI FERRANNINI.

La diatermia nelle malattie croniche del fegato

per la dott.ssa GIUSEPPINA IACONO.

La diatermia fu messa in luce nel 1891 per merito di Arsonval e nel 1910 entrò nella pratica medica, cioè qualche anno dopo le pubblicazioni di Zeineck, Bernd, Dojen e Nagelschmidt, con diversi appellativi, che significano tutti « calore penetrante »: termopenetrazione, transtermia, endotermia.

I primi sperimentatori della diatermia dimostrarono che gli effetti di coagulazione dei tessuti erano talmente intensi da potere indurre ad utilizzare la diatermia per differenti applicazioni chirurgiche e Dojen diede il nome di elettrocoagulazione a questo genere di applicazioni.

Nel campo medico, le ricerche di Laqueur, che ottenne brillanti risultati con la diatermia nelle artriti gonococciche, prodotte sperimentalmente nei conigli, inoculando culture di gonococchi, fecero noto che le correnti di diatermia determinano una minorazione vitale dei microrganismi infettanti i tessuti; questo stesso fatto venne poi confermato da Arsonval e Charrin e più recentemente da Roucayrol, i quali fecero agire le correnti diatermiche su culture di gonococchi.

Da allora la diatermia scoprì un nuovo campo alla terapeutica ed andò man mano acquistando più larga applicazione; ne vediamo infatti i benifici effetti in molte forme morbose di varia natura e di diversa entità e ciò in base sia alla doppia azione analgesica e modificatrice della circolazione, sia in base alle modificazioni dell'orientamento degli ioni dei tessuti e delle particelle allo stato colloidale determinate dal passaggio delle oscillazioni elettriche.

Il riscaldamento prodotto dalla diatermia e dalla vasodilatazione da essa dipendente, è di grande efficacia in tutte le affezioni in cui bisogna stimolare la vitalità dei tessuti, aumentare gli scambi intracellulari, stimolare la proliferazione delle cellule, l'attività delle funzioni intorpidite, produrre una vascolarizzazione migliore in certe regioni; per cui la diatermia è stata bene utilizzata in parecchie malattie di

organi interni: apparato digerente, respiratorio, circolatorio, sistema urinario, genitale, ecc. Gli effetti calorifici della diatermia hanno inoltre trovato la loro indicazione in tutti i casi di ipotermia generale, dipendente da inanizione, marasma, da esposizione troppo prolungata all'azione del freddo, profusa emorragia, traumatismi del sistema nervoso, ecc. e poi anche nei casi di ipotermia locale, quali il morbo di Raynaud e la paralisi infantile e nell'ipotermia dei vecchi.

L'azione analgesica è stata vantata nelle nevralgie di vari nervi e principalmente in quella dello sciatico, del plesso brachiale, dei nervi encefalici trigemino e faciale.

Nel 1930 alcuni autori francesi (Pagniez, Pliche, Loutsch, Marchand) hanno descritto un caso di cirrosi alcoolica con ascite, trattato con la diatermia. Alla quinta seduta l'ascite cessò di aumentare, il peso diede una curva discendente e lo stato generale migliorò.

Io ho trattato allo stesso modo quattro cirrotici ricoverati nella nostra clinica e descrivo qui — brevemente — i risultati delle mie osservazioni.

Per quanto riguarda la tecnica, praticavo giornalmente applicazioni con due larghi elettrodi di piombo (50 × 20) collocati uno sulla parete anteriore dell'addome ed uno sul dorso, verso la regione lombare. L'intensità di circa 2 Ampère era sufficiente a produrre una temperatura sopportabile dai pazienti; le applicazioni duravano da 5 a 30 minuti, aumentando di 5 minuti ad ogni seduta.

Gli effetti della terapia, oltre che sulle condizioni subiettive dei pazienti, venivano costatati sull'andamento del peso, della diuresi e della circonferenza addominale.

CASO I. — Uomo di 62 anni, nella cui anamnesi si riscontrava un asma bronchiale che datava da 6 anni, era da 7 mesi affetto da cirrosi venosa ipertrofica. Obbiettivamente l'addome si presentava aumentato di volume, globoso, con cicatrice ombelicale appianata.

C'era un discreto versamento libero nel cavo peritoneale e il liquido, estratto all'entrata in Clinica, presentava tutti i caratteri di transudato. Si riscontrava inoltre epatomegalia e discreto aumento del volume della milza. La diuresi era di circa 800-850 cc. nelle 24 ore, la circonferenza addominale misurava 81 cm. e il peso corporeo era di 43 Kg.

Iniziata la cura diatermica quotidiana con le modalità descritte, l'ammalato già alle prime applicazioni notava un discreto miglioramento subiettivo, al quale corrispondeva una diminuzione della circonferenza addominale e del peso corporeo ed un aumento manifesto della diuresi, che oscillava tra i 1000-1300 cc. nelle 24 ore.

Dopo 15 giorni, distanziai le sedute, prima quotidiane, poi trisettimanali, infine settimanali.

In capo ad un mese e mezzo il peso corporeo diminuì di 3 Kg., la diuresi giornaliera si mantenne costantemente intorno ai 1800-2000 nelle 24 ore e la circonferenza addominale diminuì di 11 centimetri.

Dopo di che l'ammalato lasciò la Clinica.

CASO II. — Una donna di 50 anni, dalla cui anamnesi risultava malaria, da un anno e mezzo presentava i sintomi di una cirrosi venosa atrofica.

L'addome sfiancato, tendente al batraciano, presentava netto il fenomeno della fluttuazione per la presenza di liquido libero nel cavo peritoneale. Non si era mai estratto liquido dal peritoneo.

Il fegato era ridotto di volume, la milza si palpava due cm. al disotto dell'arcata costale. La diuresi giornaliera era di 400-450 cmc., la circonferenza addominale misurava 92 cm., il peso corporeo era di Kg. 46,600.

Il trattamento calcico ed epatoterapico, a cui era stata sottoposta prima l'ammalata, le avevano procurato dei periodi di miglioramento; ma quando venne alla nostra osservazione l'inferma era molto deperita, astenica, anemica.

Sin dalle prime applicazioni diatermiche si ebbe sudore profuso, sia durante le sedute, sia durante la notte; l'urina aumentava di poco (500-550 cmc. nelle 24 ore) mentre il peso corporeo diminuiva discretamente e la zona di ottusità dell'addome, data dal liquido libero, andava riducendosi; anche la circonferenza addominale decresceva di qualche centimetro (4-5).

Continuando la cura, la diuresi aumentò fino ai 700-750 cc. nelle 24 ore ed in tale quantità si mantenne anche quando le applicazioni diatermiche furono fatte ogni sette od otto giorni; il peso del corpo, dopo due mesi di cura, diminuì di 3800 gr., la circonferenza addominale di 12 cm.; le condizioni generali dell'inferma migliorarono notevolmente.

Gli stessi benefici effetti non ebbi in altri due casi, successivamente trattati allo stesso modo.

In un caso si trattava di una donna di 53 anni con cirrosi luetica e notevole versamento peritoneale che datava da quattro anni.

L'inferma aveva subìto otto paracentesi a scopo decompressivo e il liquido estratto aveva presentato sempre i caratteri di transudato. Vi era epatosplenomegalia.

La diatermia fu iniziata per ben tre volte e continuata per parecchi giorni consecutivi, ma sia la prima che la seconda e la terza volta la diuresi si aggirava intorno ai 100-150 cc. nelle 24 ore mentre l'addome cresceva notevolmente ed inesorabilmente; sopravvenuti i fenomeni di compressione, la terapia fu sospesa.

Anche l'altro caso riguardava una donna di 65 anni, affetta da otto anni da cirrosi di Laennec e sottoposta a 35 paracentesi.

Pure in essa il trattamento diatermico fallì, malgrado insistessi ogni giorno ad intensificare la corrente e a prolungare la durata delle applicazioni.

Dalle osservazioni su esposte, si può concludere che in alcuni casi di cirrosi epatica la diatermia transaddominale, praticata con le modalità suddescritte, ha un influsso favore-

vole sull'andamento dell'ascite, in quanto favorisce il riassorbimento del liquido, facendo aumentare in misura corrispondente la diuresi e diminuire il peso corporeo e il perimetro dell'addome.

Tali risultati non sono costanti, in quanto in altri casi fanno del tutto difetto.

Per quanto riguarda il meccanismo di tale azione antiascitica, non abbiamo elementi che ci permettono di chiarirlo; sembra tuttavia probabile che si tratti di modificazioni circolatorie locali, alle quali verosimilmente la funzionalità epatica e quella renale restano del tutto estranee; modificazioni che si verificano però solo nei casi in cui la reazione è lenta od iniziale.

Con questo concetto si accordano tutti i risultati delle osservazioni surriferite, in quanto l'effetto antiascitico delle applicazioni diatermiche mancò proprio nei due casi, in cui la sindrome morbosa si era instituita e stabilita da un pezzo, cioè nei due casi inveterati, nei quali verosimilmente esistevano già delle alterazioni vascolari permanenti ed immodificabili; mentre nei due casi recenti il versamento addominale venne prontamente e sensibilmente modificato.

Per tutto quanto ho esposto la diatermia transaddominale si può considerare come un utile sussidio terapeutico, la cui indicazione è limitata ai versamenti peritoneali meccanici recenti e la cui portata è puramente sintomatica.

RIASSUNTO.

La diatermia transaddominale applicata a due cirrotici epatici con ascite ha agevolato il riassorbimento del liquido ascitico; ciò è invece mancato in altri due casi, uno di epatite luetica, ed uno di cirrosi di Laennec.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma
diretto dal prof. Silvestro Silvestri, dir. inc.

Sopra un caso di febbre luetica.

Dott. Roberto Garbini, assistente volontario.

Oggetto della presente nota è un caso di febbre luetica che ritengo degno di essere illustrato per la resistenza offerta alla cura salvarsanica, per la sua complessa sintomatologia, e per l'andamento della febbre, benchè sia ormai noto che la sifilide può dar luogo ai più varî tipi febbrili.

Thomas e Futcher, nella comunicazione fatta al *New-York Med. Journal* nel giugno del 1901 con la quale tendevano a stabilire i vari periodi nei quali la febbre può occorrere durante il corso dell'infezione luetica, dimostrarono infatti che la febbre può insorgere in qualsiasi stadio della lues, e che può presentarsi sotto qualsiasi forma clinica.

Non potendosi dunque accordare alcun valore diagnostico al periodo in cui insorge la febbre, o al tipo febbrile, gli autori sono quasi tutti concordi nell'attribuire un alto valore diagnostico alla prontezza con la quale in caso di lues, gli accessi febbrili cedono al trattamento specifico.

Altri autori hanno cercato invece di stabilire quale sia il sintomo che, accompagnando con maggior frequenza la febbre luetica, sia degno di tale considerazione da rappresentare in senso clinico uno degli elementi più autorevoli per formulare una diagnosi di lues indipendentemente dal trattamento specifico, o dalla positività della reazione di Wassermann.

Se noi scorriamo l'abbondante letteratura comparsa sull'argomento, possiamo dire che il sintomo accompagnante con maggior frequenza una febbre luetica è l'epatite: di solito il fegato è lievemente aumentato di volume ed è sede elettiva di sensazioni moleste che si esacerbano con la palpazione, nel mentre si osservano spesso disturbi digestivi, specialmente vomiti precoci, talora diarrea molto tenace, anoressia, rigurgiti dopo il pasto. Si hanno poi a volte una serie di alterazioni funzionali dell'apparato digerente che possono simulare molti processi morbosi. E' utile ricordare come la dolorabilità della regione epatica faccia spesso pensare ad innumerevoli affezioni del fegato o della cistifellea: si è indotti quindi a pensare ad una colelitiasi, alla colecistite, alla tubercolosi o al cancro della cistifellea. A causa dei dolori spesso simili a quelli di una

colica biliare possono anche essere invocati quei processi morbosi che provocano una distensione della capsula del fegato in modo molto acuto e una infiammazione diretta della medesima, quali il fegato da stasi iperacuto, molti casi di atrofia gialla acuta del fegato e di neoplasmi maligni primitivi o secondari con accrescimento rapido.

Gerhardt annetteva tanta importanza ai sintomi epatici da fare di ogni febbre luetica una vera e propria febbre epatica; è certo, e ciò è confermato dal reperto anatomico, che il fegato è uno degli organi più frequentemente lesi nella sifilide.

E Grocco non solo sottoscrive le vedute del Gerhardt, ma ricerca la patogenesi della febbre stessa nella peculiare sede dell'infezione in un organo che, se ammalato, dà con facilità ipertermia, ed a suffragio dell'idea del Gerhardt aggiunge che le febbri sifilitiche hanno quasi sempre un decorso intermittente, come lo hanno in generale le febbri epatiche.

Il caso di febbre luetica oggetto della presente nota, oltre al generale interesse clinico di particolare resistenza al trattamento specifico, mostra in pieno la importanza diagnostica della localizzazione e sintomatologia epatica individuata da Grocco e Gerhardt.

Trattavasi di una paziente di anni 26, di professione domestica, entrata in Clinica il 12 novembre 1930. Negativa l'anamnesi remota per lues e per tbc.

Dall'anamnesi prossima risulta che nel 1918 la nostra paziente ammalò d'influenza che la costrinse in letto per un periodo abbastanza lungo. Dopo circa due anni, dolori articolari durati in tutto una quindicina di giorni, senza localizzazioni cardiache e con modiche elevazioni febbrili. Nel 1923 la paziente contrasse infezione malarica che durò circa un mese e cedette ad una intensa cura chininica.

L'anno successivo, le febbri malariche recidivarono e, durate circa due mesi, furono nuovamente domate dalla cura chininica.

Nel 1925, la paziente cominciò ad avvertire forti dolori epigastrici subito dopo i pasti: questi dolori si irradiavano alla regione dorsale destra, e s'accentuavano dopo pasti abbondanti; durante il giorno frequenti eruttazioni acide, in seguito il dolore si esacerbò, ed il vomito, raro da principio, divenne così ostinato da permettere alla paziente soltanto l'ingestione di latte. Aggravandosi questi disturbi, chiese ricovero in ospedale, ove rimase degente per circa cinque mesi durante i quali ebbe febbre quotidiana elevata che insorgeva a caldo e rimetteva con abbondante sudorazione. Dimessa dall'ospedale apparentemente guarita, continuarono però i disturbi a carico dell'apparato digerente, fatta eccezione del vomito che scomparve.

Sul finire dell'ottobre 1930, cominciò ad avvertire senso di stanchezza profonda, inappetenza, dolori vaghi alle ossa, cefalea intensa e grande spossatezza.

Accusava inoltre forti dolori in corrispondenza dell'ipocondrio destro; tali dolori s'irradiavano alla regione posteriore corrispondente, la sera avvertiva qualche modica elevazione febbrile con intenso senso di calore e sudorazione notturna. Dopo cinque giorni di questi disturbi, creduti influenzali, la paziente misurò la febbre e constatò che aveva raggiunto i 39°; nei giorni successivi gli accessi febbrili si ripeterono pur avendo la paziente ingerito degli antipiretici.

Nessun disturbo a carico della diuresi, alvo regolare, non tosse.

Persistendo la febbre e la cefalea, la paziente chiese ricovero in clinica medica il 12 novembre 1930.

Esame obbiettivo. — Ottimo stato generale di nutrizione; costituzione scheletrica regolare; decubito abituale supino; sensorio integro. Cute roseobruna; su tutta la cute del tronco e dell'addome si notano numerose efflorescenze grandi da una capocchia di spillo ad una lenticchia, per lo più rilevate, di forma circolare ed oblunga, a limiti netti, di colore che va dal roseo pallido al rosso brunastro; pannicolo adiposo notevolmente sviluppato. Nulla a carico dei muscoli, delle articolazioni, del sistema osseo. Sistema pilifero abbondantemente sviluppato. Lingua patinosa, rosea ai bordi, umida. Retrobocca leggermente arrossato.

Collo allungato di forma normale.

Torace ampio, simmetrico, con appena accennate le fosse claveari, le spinose, gli spazi intercostali. Non deviazioni della colonna vertebrale. Nulla a carico della funzione toracica; indolenti i punti di emergenza dei nervi intercostali. Gli apici e le basi del polmone si fissano con la percussione in sede fisiologica. Suono chiaro polmonare su tutto l'ambito. Normale il murmure, non rumori.

Cuore nei confini fisiologici: all'ascoltazione, sulla punta il primo tono si ode accompagnato da intenso rumore di soffio che non si trasmette verso l'ascella. Esso si ascolta, sebbene attenuato, sul centrum cordis e sulla polmonare. Secondo tono netto su tutti i focolai. Polso eguale, ritmico, di media ampiezza, di frequenza normale.

Addome trattabile, leggermente dolente nel quadrante superiore di destra; fegato lievemente debordante, dolente alla pressione, di consistenza non aumentato. Milza, due dita sotto l'arco costale, aumentata leggermente di consistenza, a margine arrotondato.

Apparato linfoglandolare: non si palpano glandole nelle stazioni periferiche.

Apparato genitale: nessuna anomalia.

Sistema nervoso: facies senza speciali caratteri. Nulla all'esame della motilità dei bulbi oculari e dei muscoli mimici. La lingua protrusa dall'arco dentario non devia.

Nulla a carico dell'atteggiamento e della motilità del collo.

Nulla a carico della motilità attiva e passiva degli arti superiori ed inferiori.

Riflessi tendinei ed osteoperiostei, rotulei ed achillei presenti da ambo i lati. Presenti i riflessi cutanei e mucosi.

Pupille di forma normale ben reagenti alla luce ed all'accomodazione.

Nessun disturbo a carico della sensibilità tattile, termica e dolorifica.

Nessun disturbo vasomotorio, nessun disturbo trofico.

Dalle ricerche di laboratorio eseguite risultava: Urine mai presentanti elementi patologici. L'esa-

me di sangue su striscio e goccia spessa ripetuto diverse volte per la ricerca del parassita malarico diede sempre esito negativo. L'esame di sangue per conta di globuli diede le seguenti cifre: Gl. rossi 4.500.000, gl. bianchi 4600, la formula leucocitaria: N. 64, E. 0, B. 0, L. 24, M. 12. L'emocoltura fu ripetuta per tre volte e diede sempre esito negativo così pure la sierodiagnosi per tifo, paratifo A, B e melitense.

La reazione di Wassermann diede due volte esito positivo completo.

L'esame radiografico e radioscopico non mostrava alterazioni dei campi polmonari. Negativa la ricerca delle amebe nelle feci.

Durante la permanenza in Clinica malgrado l'insistenza della febbre come è indicato dall'unita che di laboratorio sopra citate, e che furono tutte ripetute per tre o quattro volte ed in periodi diversi della malattia, e finalmente la confessione di un'ulcera unica del grande labbro di sinistra acquisita per contatto con luetico, or sono circa sei anni, ci fecero convinti della diagnosi di lues febbrile e senz'altro iniziammo la cura specifica.

Al bioduro sostituiamo il neosalvarsan e in 34ª giornata ne facciamo la prima iniezione endovenosa (0,15), si ha la nota reazione febbrile che si inizia tre ore dopo l'iniezione; nei giorni successivi non si osserva tendenza a miglioramento: si accentuano i dolori epatici, il sifiloderma papuloso si rende più evidente, e si estende anche alla cute della faccia, del collo, della regione anteriore del torace, la febbre si mantiene alta e remittente.

grafica, lo stato generale della paziente si manteneva invariato, notavasi una tendenza della temperatura ad aumentare nelle ore pomeridiane, non preceduta da brivido, ma sempre seguita da profusa sudorazione; la paziente accusava di tanto in tanto cefalea notturna prevalentemente frontale.

Iniziata una serie di iniezioni di bioduro a giorni alterni, queste vennero sospese dopo una quindicina di giorni, perchè non modificarono affatto l'andamento della malattia.

Verso la terza settimana si accentuarono i sintomi a carico dell'ipocondrio destro: tutto l'ipocondrio destro era dolente sia spontaneamente che alla palpazione, il fegato si palpava sotto l'arco costale ed oltre che aumentato di consistenza, era anche assai dolente alla pressione.

Una elencazione di malattie con le quali fare una diagnosi differenziale, ci sembra superflua; la roseola diagnosticata dagli specialisti come sifiloderma papuloso, la positività della reazione di Wassermann, la negatività di tutte le altre ricer-

Dopo otto giorni pratichiamo una seconda iniezione endovenosa di neosalvarsan (0,30): altra rapida ascesa della temperatura qualche ora dopo l'iniezione, in seguito peggioramento dello stato generale, scariche diarroiche con feci liquide e dolori addominali diffusi ed intensi, la paziente accusa sempre dolore a carico del fianco destro, dolore che s'irradia a tutto l'addome, e posteriormente a destra verso la base del torace ed a volte fino all'angolo della scapola; tali dolori si accentuano dopo l'ingestione degli alimenti.

Dopo sedici giorni dalla seconda iniezione di Neosalvarsan, ne pratichiamo un'altra da 0,15: le condizioni permangono immutate, continuano i dolori all'ipocondrio destro, il fegato appare aumentato ancora di volume e di consistenza.

Dopo una settimana facciamo un'altra iniezione di Neosalvarsan però da 0,30; successivamente all'iniezione conati di vomito, la paziente accusa vertigini nei tentativi di posizione seduta ed eretta, ed inoltre malessere generale e dolori addominali diffusi.

Questa particolare resistenza alla cura specifica avrebbe potuto far dubitare dell'esattezza diagnostica e forse più di uno avrebbe sospeso il trattamento antiluetico, tanto più che è noto come molti autori che si sono occupati dell'argomento, siano concordi nell'affermare che fin dalle prime iniezioni di bioduro o di Salvarsan si ha un notevole miglioramento delle febbri luetiche: Kraus, citando quattro casi di febbre luetica, mette in particolare evidenza la pronta cessazione della febbre col trattamento antiluetico. Maltoni, illustrando un caso di febbre sifilitica a tipo quartano, ci dice tra l'altro che, « bastarono le prime iniezioni di bioduro di mercurio, a far scomparire gli accessi febbrili ». Il Nisticò, sostiene non solo, che la febbre sifilitica ha per lo più un tipo intermittente e si accompagna a dolori articolari, ma che cede prontamente al mercurio ed allo ioduro.

Fermi nel nostro convincimento diagnostico dopo breve interruzione riprendiamo la cura neosalvarsanica; i disturbi secondari sono questa volta miti, la paziente comincia a sentirsi meglio, le sensazioni moleste in corrispondenza della regione epatica si sono attenuate, le funzioni digestive sono più facili, la febbre pur conservando gli stessi caratteri tende a diminuire.

Obiettivamente si nota il margine inferiore del fegato tagliente due dita sotto l'arco costale, il confine superiore è al terzo spazio sull'ascellare media.

Tentiamo ancora una ultima iniezione di Neosalvarsan da 0,30 in 83ª giornata; dopo tale iniezione lieve malessere con elevazione febbrile, il giorno dopo la temperatura cade definitivamente. I disturbi obiettivi si attenuano giorno per giorno, tanto che dopo due settimane la paziente è notevolmente migliorata.

La temperatura si mantenne normale fino alla data dell'uscita dalla Clinica, le sensazioni moleste che prima interessavano tutta la regione epatica erano scomparse del tutto; nè vomito nè diarrea erano più comparsi, la digestione ridivenne normale e lo stato generale apparve notevolmente migliorato, il peso aumentato di circa 8 Kgr.

La contemporanea cessazione della febbre e dei disturbi epatici, conferisce un certo valore all'opinione degli autori che ritengono la febbre luetica dovuta alla localizzazione epatica. Certo che nella nostra paziente vi fu sempre un rapporto tra sintomi gastro-epatici ed accessi febbrili, tuttavia a questo riguardo non possiamo pronunciarci essendo un solo caso insufficiente.

Dal caso di febbre luetica in oggetto, sono due i dati che possono trarsi e che io considero degni d'interesse clinico:

1) L'epatite che è il sintomo che ha dominato quasi costantemente il quadro morboso con disturbi secondari ad essa riferibili.

2) La resistenza al trattamento specifico. Vale la pena di rilevare che nella nostra paziente un esito positivo della cura si è avuto solo dopo 65 giorni dopo aver tentato più di una terapia, e dopo aver proceduto con grande cautela. Ciò conferma il criterio che prima di dare valore diagnostico al trattamento specifico, bisogna insistere nelle iniezioni di mercurio o di bioduro e non arrestarsi ai primi insuccessi del neo-Salvarsan. Come è già stato segnalato nelle infezioni luetiche necessita a volte continuare la cura specifica, variando anche la qualità del farmaco, prima di ottenere un risultato favorevole e clinicamente apprezzabile.

RIASSUNTO.

Descrizione di un caso protratto di febbre luetica resistente alla cura specifica, caso nella cui sintomatologia dominava l'epatite.

BIBLIOGRAFIA.

Thomas e B. Futcher. New York Med. Journal, 22 giugno 1901.

Hugo Kraus. Wiener Klin. Wochenschr., n. 49, 1913.

Edwards. Am. Journ. of the Med. Sciences, ottobre 1910.

G. Nisticò. Il Policl., Sez. med., a. 13°, fasc. 24.

Hermann. Med. Klin., n. 26, 1910.

Grocco. *Di un caso interessantissimo di protratta febbre sifilitica.* Lezione. Maggio, 1925.

Maltoni. Il Policl., Sez. med., n. 15, 1928.

Riecke. *Malattie celtiche.* S. E. Libraria, 1925.

N. Ortner. *Diagnostica differenziale delle malattie interne.* S. E. Libraria, 1930.

French. *Indice diagnostico differenziale.* Ibid., 1924.

SUNTI E RASSEGNE.

MUSCOLI E TENDINI.

La semiologia dell'ipotonia muscolare.

(T. ALAJOUANINE e M. GOPCEVITCH. *Presse Médicale*, 18 aprile 1931).

L'ipotonia è uno dei sintomi più frequenti delle affezioni del sistema nervoso. Per bene apprezzare il valore semiologico dell'ipotonia conviene esaminarla allo stato di riposo muscolare e nella stazione eretta.

I segni forniti dall'esame del malato in un'attitudine di riposo più o meno completo (decubito dorsale o posizione seduta) riguardano: 1° le *modificazioni morfologiche delle masse muscolari; 2° le modificazioni della loro consistenza; 3° l'alterazione della resistenza muscolare riflessa alla mobilizzazione passiva.*

1° Le *modificazioni morfologiche* consistono nella perdita del modello muscolare normale: i rilievi normali si alterano, un muscolo fusiforme presenta un aspetto cilindrico come nel bicipite e nel tricipite, la faccia di un arto leggermente convessa appare appiattita; i limiti dei vari gruppi muscolari sono confusi; talvolta deviati dal loro peso i muscoli appaiono cascanti. Talvolta i muscoli così stirati assumono un volume inferiore al normale, appaiono pseudo-atrofici. Ciò si verifica sopratutto al braccio ed alle coscie: il quadricipite cascante di ciascun lato del femore appare nettamente atrofico; basta in tal caso sollevare le masse muscolari posteriori per vedere il quadricipite riprendere il suo aspetto normale.

L'ipotonia del trapezio, del deltoide e del grande pettorale determina l'abbassamento della spalla, l'ipotonia dei muscoli che s'inseriscono sul margine spinale della scapola determina il distacco di quest'osso dalla gabbia toracica donde la tendenza all'adduzione della spalla. Intanto il margine esterno del trapezio è più obliquo, il deltoide appare appiattito. Contemporaneamente la testa può essere inclinata leggermente verso la spalla sana, e la colonna vertebrale può subire una deviazione con concavità verso il lato malato.

Nell'ipotonia degli arti inferiori si può constatare una rotazione esterna di tutto l'arto e l'abbassamento della punta del piede nella posizione seduta.

2° La *palpazione* fa rilevare che le masse muscolari sono flaccide, molli, depressibili.

3° Per apprezzare le modificazioni della *resistenza muscolare riflessa* sono stati escogitati parecchi mezzi.

Il metodo di Fraenkel consiste nel fare eseguire ad un'articolazione movimenti esagerati. E' un segno importante ma conviene tenere presente la possibilità d'un'ipermobilizzazione dell'articolazione senza ipotonia e di rilasciamento di legamento o di lesioni osteo-articolari come accade nella tabe.

Altri segni sono: l'esagerazione del movimento passivo dell'arto superiore dal lato emiplegico durante il cammino o provocata facendo ricadere i due arti superiori del malato dopo averli sollevati; la flessione spontanea della mano dopo la flessione passiva dell'avambraccio; la passività muscolare messa in evidenza con la mobilizzazione passiva o in via riflessa.

Il dondolamento passivo della mano si provoca flettendo gli avambracci fino alla posizione verticale, quindi s'imprimono movimenti ai gomiti in modo che le mani si portano alternativamente in flessione ed in estensione: alla cessazione di questi movimenti si vedrà la flessione spontanea della mano più precocemente e più rapidamente al lato ipotonico.

Per la ricerca del dondolamento del piede si pone l'infermo in decubito dorsale e gli si fanno flettere le gambe fino ad angolo retto: il piede isotonico assume una flessione plantare.

Nell'ipotonia si ha la scomparsa o l'indebolimento del riflesso di posizione locale, che normalmente consiste in una contrazione riflessa, paradossale di un muscolo, i cui due punti d'inserzione sono passivamente ravvicinati. Nei casi d'ipotonia degli arti inferiori questo segno è facilmente rilevabile nei muscoli della faccia posteriore della coscia. Per provocare il riflesso si afferra il collo del piede dell'infermo in decubito dorsale e s'imprimono movimenti di flessione e di estensione della gamba, alla fine di questi movimenti la contrazione muscolare riflessa si apprezzerà con il risalto dei tendini ai lati del cavo popliteo, che mancherà o sarà meno spiccato quando c'è ipotonia.

2) I segni forniti dall'esame della statica si riferiscono alle modificazioni del *tono di attitudine* e delle *sinergie muscolari dell'equilibrio.*

Per esaminare il *tono d'attitudine* si pone il soggetto in piedi con i talloni ravvicinati ed i piedi in abduzione. Si verificherà così l'atteggiamento del capo, la forma dei muscoli della nuca, l'atteggiamento delle spalle, delle scapole, della colonna vertebrale.

Agli arti inferiori con l'ispezione e la palpazione si apprezzerà la forma e la consistenza delle masse muscolari, il livello e la mobilizzazione delle due rotule. Lo stato dei muscoli delle gambe si rileverà meglio con l'ispezione dei loro tendini a livello del collo del piede. Normalmente il tendine del tibiale anteriore fa un lieve risalto e dà alla palpazione l'impressione di una speciale elasticità, fatti che sono attenuati dall'ipotonia. Contemporaneamente il dorso del piede appare più convesso ed il margine risulterà meno concavo e più a contatto con il suolo.

L'ipotonia dei muscoli della faccia posteriore della coscia e del polpaccio si rileva meglio nella posizione in ginocchi: si ha appiattimento delle masse muscolari. Contemporaneamente si nota alterazione della forma del tendine di Achille.

Per ricercare le modificazioni delle *sinergie muscolari* dell'equilibrio occorre che il soggetto in piedi poggi egualmente sui due arti inferiori. Si rileverà l'equilibrio spontaneo e poi si esamina il comportamento dei muscoli della statica nello squilibrio provocato.

Normalmente l'attività di equilibrazione spontanea è minima e molto rara. Spesso conviene attendere molto tempo prima che si apprezzino contrazioni muscolari leggere dei muscoli antero-esterni della gamba.

In caso di ipotonia aumenta la frequenza, l'estensione, la durata delle contrazioni d'equilibrio ai due arti inferiori che per altro non sono sincrone con quelle del lato sano.

Il fatto che gli alluci sono in flessione plantare come se il soggetto tentasse di attaccarsi al suolo depone per l'esistenza dell'ipotonia.

L'esame dello squilibrio provocato si pratica con la prova della *spinta*, della *flessione laterale del tronco* e dell'*accovacciamento*.

Il fenomeno della *spinta* si provoca esercitando una spinta dall'avanti all'indietro sullo sterno del soggetto in piedi con appoggio su i due piedi rigorosamente simmetrico.

Conviene allora apprezzare il sincronismo, la durata e l'intensità della contrazione di reazione di un lato in confronto all'altro.

La prova riesce più evidente quando la spinta è forte e improvvisa, in seguito alla quale si obbliga a spostare un piede. In caso d'ipotonia unilaterale o bilaterale, ma prevalente ad un lato, si sposta il piede del lato affetto o più affetto.

La prova della *flessione laterale del tronco* si pratica facendo mettere il soggetto in piedi con i talloni allontanati di una dozzina di cm. e facendogli eseguire dei movimenti di flessione a destra ed a sinistra. Nell'ipotonia unilaterale senza squilibrio il tallone del lato affetto si solleva nella flessione del tronco verso il lato opposto di più di quello che non faccia nelle medesime condizioni il tallone della parte sana.

Nella *prova dell'accovacciamento* l'ipotonia è rilevata dal fatto che il tallone invece di essere sollevato, come di norma, aderisce al suolo. Il peso del corpo grava attraverso il quadricipite ed il legamento rotuleo sulla tibia ed attraverso i gemelli ,sul piede. Per la contrazione di questi ultimi muscoli il tallone perde il contatto con il suolo ed i due talloni si sollevano al medesimo livello. Si tratta dell'attitudine preparatoria per il salto, fase nella quale le coscie si mettono in abduzione ed il tronco è tenuto ad angolo retto sulle coscie. Questo atteggiamento mette quindi in evidenza i fenomeni muscolari dell'equilibrio in sospensione. I muscoli della faccia anteriore della gamba non concorrono a realizzare la posizione ma a mantenerla, hanno quindi una funzione di equilibrio.

La prova dell'accovacciamento nell'ipotonia e nel disquilibrio subisce numerose modificazioni in relazione all'attitudine ed ai fenomeni muscolari concomitanti, che rivelano disturbi del tono statico e della funzione d'attitudine.

Le sindromi d'ipotonia statica possono essere unilaterali o bilaterali.

Le forme unilaterali s'incontrano nelle lesioni dei singoli rami dello sciatico, nella nevralgia e nella nevrite sciatica, nelle sindromi cerebellari e vestibolari, nelle lesioni piramidali.

Le forme bilaterali si riscontrano nella tabe, nelle sclerosi a placche, nelle polineuriti, nelle sindromi labirintiche e cerebellari bilaterali.

DR.

Ischemia muscolare e dolori anginosi.

(T. LEWIS, *Lancet*, 23 maggio 1931).

Sono stati istituiti varii esperimenti per stabilire l'origine del dolore consecutivo alla legatura di un arto. Qualcuno l'ha attribuito a spasmo della parete arteriosa, ma quando si arresta la circolazione di un arto ed i muscoli sono contratti fino alla produzione di dolore, il rilasciamento della legatura produce arrossamento della pelle contemporaneamente alla comparsa del polso, mentre il dolore persiste ancora per qualche secondo.

Charcot attribuì il dolore della claudicazione intermittente ad un crampo muscolare paragonabile alla rigidità cadaverica. In effetti però in seguito a legature il vero crampo è raro e non si ha aumento da tono muscolare.

L'A. ed i suoi collaboratori hanno ripreso gli esperimenti ed hanno provocato l'arresto della circolazione a mezzo di uno sfigmomanometro.

Essi trovarono che il dolore compare dopo 30-35 secondi e diventa intollerabile dopo 72-78 secondi in tutti i soggetti esaminati.

Il dolore è diffuso ed angoscioso, e situato in vicinanza dei muscoli posti in contrazione.

L'inizio del dolore ed il punto di maggiore intensità erano affrettati aumentando lo sforzo e la frequenza delle contrazioni, il che prova che esso è in rapporto con l'energia spesa dal muscolo.

Se dopo che il dolore aveva raggiunto il massimo d'intensità si sospendevano le contrazioni lasciando a posto la legatura, il dolore persisteva con lo stesso grado. Rimovendo la legatura il dolore scompariva dopo 2-3 secondi.

Questi risultati proverebbero che il dolore ha un'origine chimica o fisico-chimica.

Ripetendo a distanza gli esperimenti si han-

no i medesimi effetti e quanto più breve è il periodo di riposo intervallare tra una legatura e l'altra, tanto più rapido è l'inizio del dolore.

Ciò prova che nei tessuti dei muscoli perifibrillari si stabiliscono delle modificazioni che hanno bisogno di un certo tempo per scomparire.

Ciò sarebbe confermato da un altro esperimento. Si legò l'arto e si fecero fare contrazioni fino alla comparsa del dolore; quindi si sciolse la legatura e si fecero continuare le contrazioni fino alla scomparsa del dolore; poi si rifece l'allacciatura e si lasciò l'arto in riposo.

Si constata che il dolore ricomparve dopo 20-30 secondi dimostrandosi così che le alterazioni persistevano per qualche tempo, provocando esse il dolore con la sola allacciatura senza il concorso delle contrazioni.

La causa del dolore dell'angina pectoris è sempre discussa. Le teorie avanzate al riguardo sono molteplici e contrastanti.

Parry fu il primo a mettere in rapporto l'angina pectoris con il diminuito afflusso di sangue al cuore determinato dalla rigidità delle coronarie.

Il Burns nel 1809 fu il primo a vedere una analogia tra il dolore anginoso ed il dolore dei muscoli consecutivo all'ischemia prodotte dalla legatura di un arto.

Brodie nel 1846 paragonò le affezioni arteriose delle gambe con gangrena delle dita dei piedi con l'angina pectoris senza però fare riferimento al dolore.

Potter nel 1866 trovò un'analogia tra la claudicazione intermittente e il dolore dell'angina pectoris.

Nella trombosi coronaria si produce una situazione simile a quella creata con gli esperimenti su accennati. Si ha un arresto della circolazione in un'area del miocardio, la quale viene simultaneamente costretta ad un maggior sforzo in seguito all'eccitazione indotta dall'infarto stesso. Ciò spiega l'inizio graduale del dolore e la sua lunga persistenza.

Negli accessi di angina pectoris che si hanno in seguito a sforzi, il dolore si spiega con la riduzione dell'afflusso di sangue al cuore da spasmo delle coronarie ed il contemporaneamente affaticamento del miocardio.

Il criterio teraupetico conferma queste interpretazioni. Il nitrito d'amile agisce dilatando le coronarie e favorendo quindi l'afflusso di sangue al cuore.

Il dolore allora cessa pur continuando il miocardio a contrarsi.

Proprio come accade sperimentalmente: il dolore muscolare cessa con l'allentamento della allacciatura anche se le contrazioni continuano.

Nella trombosi coronaria il nitrito d'amile, ed in genere ogni vaso dilatatore, non ha alcun effetto perchè l'ischemia non è prodotta da uno spasmo delle arterie, ma dalla loro occlusione. In questa condizione clinica persiste l'ischemia e la contrazione muscolare, e quindi il dolore è persistente. Dr.

Contratture ed ipertonie.

(J. Froment. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 giugno 1931).

L'espressione di ipertonia con la quale si designano in neurologia stati di tonicità muscolare di grado e modi diversi, non autorizza a mettere in causa un meccanismo regolatore autoctono del tono muscolare.

Al riguardo è a rilevare anzi tutto, che le contrazioni isteriche non hanno nulla a che fare con la ipertonia: esse in effetti non sono che contrazioni volontarie, espressione di una semisimulazione più o meno consapevole.

Lo studio fisio-chimico delle ipertonie rileva che esse sono legate al perturbamento di reflettività indipendenti e di specie diverse. L'ipertonia non è che uno stato di contrazione riflessa più o meno stabile.

Nelle *affezioni piramidali* si riscontrano tre forme di contratture: la contrattura dell'*emiplegia*, della *paraplegia spastica* tipo *Erb*, della *paraplegia in flessione tipo Babinski*.

La *contrattura dell'emiplegia* accompagna i disturbi paralitici in cui accresce l'impotenza. È annunziata alla fine del secondo settenario dall'accentuazione dei riflessi osteo-tendinei. Rimane confinata al territorio dell'emiplegia, raggiunge rapidamente l'acme e persiste indefinitamente.

Rispetta la muscolatura del tronco, sfiora la faccia (esclusivamente il territorio del facciale inferiore) contrae gli arti in attitudini forzate non naturali.

Ai movimenti passivi oppone una resistenza elastica che sembra costante.

Aggiungendo i suoi effetti a quelli della paralisi impedisce agli arti di ubbidire subito e correttamente agli impulsi della volontà.

In seguito agli sforzi si accentua e sviluppa sincinesie che alterano le attitudini viziose.

P. Marie e Ch. Foix distinguono sincinesie globali con partecipazione di tutto il lato emiplegico, sincinesie d'imitazione con movimenti analoghi a quelli che volontariamente esegue il lato sano, sincinesie di coordinazione con contrazioni involontarie associate a quelle volontarie dei muscoli paretici.

La contrattura si accentua a misura che il movimento si ripete o si prolunga, è perciò che la corsa è impossibile. Contemporaneamente si esalta l'iperreflettività tendinea piramidale.

La *contrattura della paraplegia in estensione tipo Erb* esiste per lo più allo stato puro, ossia con la conservazione quasi completa della for-

za muscolare. È caratterizzata da rigidità in estensione, molto stabile, accompagnata sempre da forte esagerazione dei riflessi osteo-tendinei, spesso da trepidazione epilettoide del piede e danza della rotula. Il segno di Babinski è presso che costante.

Ma i riflessi di difesa sono presso che normali. E' accompagnato da sincinesie da sforzo, di accentuazione durante il cammino, per cui la corsa è impossibile.

Nella *contrattura della paraplegia in flessione tipo Babinski* l'ipertonia differisce dalla precedente. Non solo la paraplegia è in flessione ma la contrattura è molto meno stabile. Si fissa in un periodo tardivo e si complica con retrazioni fibro-tendinee. I riflessi osteo-tendinei possono essere normali ed anche deboli. Viceversa vi ha esagerazione marcata dei riflessi di difesa.

Si hanno così due tipi distinti d'ipertonia piramidale, l'uno legato a perturbazione della reflettività osteo-tendinea, l'altro a perturbazione della reflettività di difesa.

Le principali forme di *ipertonie extrapiramidali* sono quelle che s'incontrano nel *parkinsonismo* e nel *morbo di Wilson*.

L'ipertonia parkinsoniana è nettamente differente da quella piramidale. Essa ha una distribuzione più diffusa: oltre gli arti colpisce il tronco che più o meno deviato di lato o in avanti o indietro, la faccia che assume una maschera inespressiva, la muscolatura bucco-faringea perturbando la deglutizione e la parola.

La contrattura dei parkinsoniani determina uno stato di stanchezza, fa assumere agli arti attitudini naturali, scompare con il sonno.

Ai movimenti passivi oppone una resistenza intermittente e di grado variabile.

Con i movimenti volontari presenta inizialmente un'inerzia con difficoltà di messa in moto, che successivamente cede.

Diminuisce con l'andatura rapida e scompare nella corsa (Kinesia paradossale) presentando poi una difficoltà di arresto.

Si accentua con tutto ciò che complica lo sforzo statico (riduzione del poligono di sostegno, soppressione di appoggio, Romberg).

Dei riflessi sono costantemente alterati solo quelli statici.

I riflessi osteo-tendinei e di difesa sono indenni.

Tutte queste particolarità provano che l'ipertonia parkinsoniana è legata ad una perturbazione della reflettività statica con involuzione del meccanismo della stazione in piedi.

L'ipertonia del morbo di Wilson, che contorce stranamente gli arti e la maschera facciale, impaccia la deglutizione e blocca più o meno la parola. Si complica spesso con spasmi violenti che si scatenano ogni qual volta il paziente tenta di parlare, di deglutire o comunque di muoversi.

Nel riposo completo, durante il sonno, la contrattura scompare, la fisionomia è completamente distesa, affatto normale.

Il wilsoniano trova grave difficoltà a passare nello stato statico al dinamico, dalla stazione al cammino; può anche camminare rapidamente ma con tendenza alla propulsione e difficoltà di arresto.

I riflessi tendinei non sono esagerati. La sola reflettività statica sembra esagerata.

Tuttavia l'ipertonia wilsoniana è molto differente da quella parkinsoniana.

Come vi sono due tipi d'ipertonia piramidale, ve ne sono due extrapiramidali molto differenti. L'una fissa il paziente, i cui gesti risultano rigidi, la cui faccia rimane inespressiva e più o meno inerte. L'altra li estrinseca in strane contorsioni della faccia e degli arti. La prima si può immobilizzare, è plastica, la seconda è una continua rivolta, una grottesca anarchia. Tutte e due scompiono con il sonno, che non fa cessare le ipertonie piramidali.

Tutte e due svaniscono per un momento nello slancio dell'andatura rapida.

Le *contratture post-traumatiche di origine riflessa* si sviluppano negli arti feriti. Nei casi intensi sono molto deformanti (mano da ostetrico, mano deviata, piede equino) e sono la risultante di ipertonie ed ipotonie stranamente combinate. Sono accompagnate da amiotrofie diffuse, retrazioni fibro-tendinee precoci e marcate, disturbi locali vaso-motori e termici. Spesso l'amiotrofia contrasta con l'esagerazione dei riflessi tendinei.

La contrattura persiste nel sonno naturale ed anche fino ad una fase avanzata della narcosi cloroformica, la quale ultima può anche rilevare rinforzandola un'esaltazione latente della reflettività osteo-tendinea.

Questa contrattura sembra in rapporto ad una perturbazione della reflettività simpatica, che secondariamente turba anche quella spinale, e la cui eccitazione periferica si deve ricercare negli effetti del trauma.

Un'altra contrattura interessante è quella che talvolta segue alla paralisi facciale. Questo *emispasmo facciale postparalitico* sembra dovuto, come avrebbero dimostrato gli esperimenti, ad un'azione della radice sensitiva del trigemino sul nervo facciale. Si avrebbe una perturbazione della reflettività facciale che provocherebbe l'ipertonia.

L'ipertonia, adunque, non è che l'estrinsecazione del disturbo di una data reflettività: osteo-tendinea, d'accompagnamento dell'atto volontario e di difesa; della statica e di posizione; simpatica; facciale; emotiva.

Le modalità ed i caratteri delle ipertonie sono in stretta relazione con i caratteri variabilissimi della reflettività in causa, reflettività di tutti i piani midollari e cerebrali.

Le varie ipertonie hanno caratteri così dif-

ferenti da far ritenere che esse non hanno nulla in comune. Il sonno fa cedere le une e non le altre, l'inibizione volontaria modifica le une e non le altre, la corsa blocca le une e fa scomparire le altre, le une reagiscono ai movimenti passivi in modo affatto diverso dalle altre.

In conseguenza non si può attendere che disturbi tanto in contrasto fra loro possano beneficiare di una terapia medica o chirurgica univoca. Dr.

Gangrena delle dita dopo operazione per contrattura di Dupuytren.

(Rodelius. *Zent. f. Chir.*, n. 15, 1930).

L'operazione per una contrattura di alto grado non è facile potendosi avere varie conseguenze spiacevoli.

Un primo caso è stato visto dall'A. nel 1912 quando era assistente di Kümmel in un uomo di 57 anni con contrattura di 3 dita operato in anestesia locale; tutt'e tre le dita divennero gangrenose e dovettero essere asportate. Fu ammessa come causa un'azione della soprarrenina per cui si pensò nella clinica di non operare più tale malattia in anestesia locale e specialmente abolendo l'uso dell'adrenalina.

Gli altri due casi gli sono capitati di recente e con anestesia generale (narcilene-avertina).

Uno di questi, un uomo di 49 anni, che presentava la contrattura di un dito ebbe dopo l'operazione la gangrena, ciò che portò ad un seguito giuridico contro l'operatore il quale però aveva detto prima che il dito poteva perdersi.

Il terzo caso riguardava un uomo di 63 anni con contrattura e consecutiva gangrena di due dita che vennero asportate.

Tutt'e tre erano casi molto gravi con contrattura delle dita fino alla mano e in persone adulte.

Nel primo caso si pensò all'adrenalina che come si sà è capace di produrre delle necrosi di tessuti. È per ciò la regola che nei tessuti con scarsa o alterata vitalità non si adoperi l'adrenalina.

Anche l'emostasi alla Esmarch bisogna evitare sapendosi che la costrizione circolare può produrre alterazioni dei tessuti, necrosi e gangrena. L'operazione per la contrattura di Dupuytren non è lunga, ma trattandosi di malati arteriosclerotici possono avere importanza queste alterazioni da compressione che possono conseguire anche a semplici compressioni digitali sui vasi.

Certo che una grande importanza deve avere il sistema vasale. La contrattura di Dupuytren si ha in individui con evidenti segni di arteriosclerosi, malattia che può contribuire.

Anche il trauma operatorio con interruzione di vasi ha importanza.

Infine un punto essenziale è ancora che nei casi gravi di contrattura che datano da vari anni si verificano accorciamenti dei vasi così che quando le dita vengono stirate bruscamente può aversi una compressione o stiramento di essi con rottura o trombizzazione, alterazioni che possono rappresentare il punto di partenza per la gangrena. R. Brancati.

TECNICA CHIRURGICA.

Esperienze di narcosi endovenosa con avertina.

(Kirschner. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 162, pagina 360, 1930).

L'A. dice che l'anestesia con l'avertina per via endovenosa si ottiene iniettando endovenosamente di una soluzione al 3% una quantità corrispondente in centimetri cubici al peso del paziente. Pochi secondi dopo l'iniezione si ha immediata perdita di coscienza del paziente con anestesia completa. Non vi è traccia di eccitazione, ma alterazioni del colorito del viso, del polso, del respiro, dei riflessi. Vi è soltanto un modico abbassamento della pressione sanguigna.

Il risveglio avviene rapidamente e dolcemente e il paziente non ricorda nulla; di solito riprende a contare senza aver coscienza dello stato anestetico passato.

La perdita di coscienza dura 3-7 minuti e in questo periodo si possono eseguire brevi interventi anche molto dolorosi.

Lo stesso mezzo serve anche come anestetico basale: iniziata la narcosi avertinica si continua la narcosi con l'etere.

Kirschner ha costruito un apparecchio apposito che può essere manovrato dallo stesso operatore; ha eseguito 700 anestesie con tale tecnica senza alcun inconveniente.

La somministrazione dell'avertina è controindicata nelle malattie renali, in tutti gli altri casi rappresenta un mezzo anestetico rapido e sicuro. Come anestetico basale per l'anestesia immediata evita il trauma psichico dell'inizio della narcosi e il periodo di eccitazione.

P. Valdoni.

Morte da esplosione di mistura di gas anestetici.

Se ne occupa *The Journal of the Americ. Medic. Assoc.* (14 febbraio 1931) in un articolo redattoriale.

Due anni fa ad Evansville un anestetista morì per esplosione di un recipiente contenente ossido nitroso; un mese fa un paziente, morì a Los Angeles sul tavolo operatorio per esplosione di una mistura anestetica. Questi incidenti hanno larga diffusione, nella stampa quotidiana, sebbene essi siano di frequenza co-

sì scarsa da essere trascurabili di fronte alle frequenti polmoniti postoperatorie.

Nel caso di Los Angeles era stato somministrato ossido nitroso e ossigeno seguiti da etere. Ora si sa che etere ed etilene sono esplosivi, ma non da soli, bensì in presenza di ossigeno o d'ossido nitroso.

In questi casi l'esplosione è dovuta a scariche di elettricità statica sviluppatasi nell'apparecchio di somministrazione. Però il meccanismo con cui avvengono queste esplosioni non è perfettamente conosciuto nonostante gli studi di varie Commissioni appositamente nominate.

Per evitare le esplosioni è bene costruire gli apparecchi di somministrazione interamente con metalli, che sono buoni conduttori di corrente elettrica, e tenere l'atmosfera della camera operatoria in una certa umidità (55 %). Inoltre si devono evitare fiamme e tutta l'installazione elettrica deve essere fatta in modo da non provocare scintille.

La diatermia non si deve adoperare nelle sale operatorie in cui si adoperano miscele di gas.

Nonostante tutte le precauzioni si possono, eccezionalmente, avere lo stesso delle esplosioni.

R. LUSENA.

La chirurgia nei diabetici.

(A. R. GILCHRIST, *Edinburgh med. Journal*, genn. 1931).

I metodi moderni di trattamento del diabete sono stati coronati da tale successo che i diabetici possono, oggi, in proporzione molto maggiore che un tempo, condurre una vita attiva e vigorosa.

L'insulina, non soltanto ha salvato un numero incalcolabile di vite ed ha rivoluzionato il trattamento, ma ha anche provocato un graduale cambiamento nel decorso clinico del diabete e nel carattere della malattia stessa. Il diabetico vive oggi una vita più utile e più lunga, tanto da approssimarsi all'estensione della vita dei normali, col risultato che il numero dei casi di diabete in rapporto con la popolazione generale, viene sempre aumentando.

Non è quindi da meravigliarsi se, di anno in anno, aumenta anche il numero dei diabetici che si presentano al chirurgo. Dieci anni or sono, un caso anche lieve di diabete era considerato come un vero rischio chirurgico e, in conseguenza, gli interventi operatori erano limitati alle sole necessità urgenti. Ora le cose sono del tutto cambiate, tanto che si può ritenere che il 10-20 % dei diabetici subisca un intervento operatorio, proporzione del tutto sconosciuta un tempo. I chirurgi vedono, pertanto, aumentare il numero dei diabetici che ricorrono alle loro cure, sicchè il problema della chirurgia nei diabetici assume sempre maggiore importanza.

PERICOLI ASSOCIATI COL DIABETE.

Come ogni caso di glicosuria va considerato di origine diabetica fino a che non possa essere dimostrato il contrario, così si deve tener presente che per ogni diabetico, anche sotto il più severo regime, l'acidosi costituisce un pericolo immanente. I sintomi dell'acidosi si manifestano nel diabetico quando, per qualsiasi causa, avviene che il rapporto dei grassi e delle proteine nel metabolismo attivo eccede la quantità che il glucosio disponibile può ossidare completamente. Essa si può sviluppare pertanto, quando la somministrazione degli idrati di carbonio viene subitaneamente ridotta. In tali condizioni, l'organismo tenta di supplire alla deficienza di calorie con le riserve in grassi ed in proteine.

Il glicogeno accumulato nei muscoli e nel fegato viene rapidamente esaurito, con la conseguenza che diminuisce il rapporto del glucosio disponibile con gli acidi grassi; si riduce così la quantità degli alcali del sangue e ne risulta l'acidosi. Effetti analoghi si hanno con il vomito o la diarrea eccessivi, o con il digiuno od errori dietetici.

Vi sono altri fattori che possono influire in modo analogo sul metabolismo. Quando vi è febbre, il potere ossidante dell'organismo sui carboidrati viene di molto ridotto. Le infezioni acute costituiscono, quindi, un grande pericolo per il diabetico perchè se esso continua la sua dieta relativamente ricca di grassi, a causa della diminuita capacità di bruciare il glucosio, si ha formazione di corpi cetonici. Inoltre, per l'aumento del metabolismo, dato dalla febbre, si esige un maggior consumo di combustibile e si brucia, quindi, un eccesso di grasso. Anche l'anestesia può turbare il decorso dei processi metabolici e va per questa considerata come una causa potente di acidosi.

Da quanto si è detto, risulta che l'acidosi può essere combattuta efficacemente assicurando una completa combustione di una forte proporzione di glucosio.

I SINTOMI DELL'ACIDOSI.

È noto che la sepsi è la causa più comune del precipitare dell'acidosi nei diabetici sotto trattamento; non è improbabile che, nel futuro, tali casi assumano maggior frequenza.

I sintomi, spesso si sviluppano gradatamente ed insidiosamente e si prestano a confusione. Sul principio, si ha una sensazione di stanchezza e di debolezza; si hanno, di solito, nausea, vomito e dolori addominali, spesso violenti ed accompagnati da rigidità dei retti. La caratteristica alterazione del respiro non appare che ad acidosi avanzata; invece, sul principio, la respirazione è spesso lenta, profonda ed a tipo di sospiro; nell'aria espirata, si può avvertire l'odore dell'acetone.

Si abbassa la pressione sanguigna, il cuore si

dilata ed il polso aumenta di frequenza e si fa fiacco; la temperatura, se manca la sepsi, è subnormale. Le forze del paziente decadono; si manifesta uno stato di intontimento che cresce gradatamente fino al coma.

Meno spesso, si ha invece irrequietezza e stato di ansia od anche delirio. Il primo accenno del coma si ha nella secchezza della pelle e della lingua, specialmente se accompagnate da diminuzione della tensione oculare. La presenza di forti quantità di corpi cetonici nell'urina è dimostrata dalla prova di Rothera.

Il trattamento dell'acidosi diabetica.

Se l'acidosi è trattata opportunamente, il coma non si sviluppa. È un fatto che i diabetici di media gravezza possono essere trattati con le sole misure dietetiche; però, è sempre bene tenersi pronti con una cura più energica, che si metterà in opera tostochè si abbiano, insieme all'acetonuria, dei segni clinici di acidosi. In tal caso è necessario assicurare il metabolismo del glucosio, in modo da arrestare la produzione di corpi cetonici. Ciò si ottiene con la insulina e la contemporanea somministrazione di glucosio.

Si somministreranno, pertanto, 20-40 unità di insulina e 20-40 grammi di glucosio (20 grammi di glucosio corrispondono a 20 grammi di zucchero oppure a circa 110 grammi di succo d'arancio, ovvero ad una ventina di grammi di pane con 150 cc. di latte). Si ripete la somministrazione di tali alimenti (preceduta dall'iniezione di insulina, in proporzione di una unità per ogni grammo di glucosio), ogni 3-4 ore. L'urina va esaminata prima della somministrazione dell'insulina, allo scopo di assicurarsi che vi sia ancora dello zucchero, altrimenti, si potrebbe temere per l'ipoglicemia e, in tal caso, non va somministrata l'insulina. È altresì necessario fornire un'adeguata quantità di liquidi (anche del brodo). Con tale trattamento, dopo la somministrazione di 40-80 unità d'insulina, in 24 ore, questi pazienti sono messi fuori pericolo ed accessibili ad un intervento necessario.

Il trattamento preoperativo dei diabetici.

Dal punto di vista chirurgico, i diabetici possono essere divisi in due categorie: quelli in cui l'operazione può essere dilazionata dopo il trattamento ed i casi urgenti, in cui l'operazione deve esser fatta entro un'ora o poco più.

Nel primo caso, il periodo preparatorio può variare da 1-2 giorni a qualche settimana. Si somministrerà una dieta che contenga 80-100 grammi di carboidrati ed almeno 1500 calorie (meglio se più).

Non vi debbono essere sintomi di acidosi nè zucchero nell'urina (delle 24 ore); si deve avere un certo aumento di peso, miglioramento della nutrizione ed assenza di qualsiasi sintoma diabetico. Si ottengono, in tal modo, anche degli utili effetti psicologici.

Tutto questo è necessario perchè ogni diabetico trattato chirurgicamente è un candidato all'acidosi ed al coma. Le infezioni locali o generali hanno azione antagonista a quella dell'insulina; il vomito postoperatorio può rendere difficile la nutrizione e, se prolungato, essere causa di acidosi. L'anestesia generale provoca un aumento della glicemia, mentre il cloroformio, non soltanto turba l'equilibrio acido base del sangue, ma possiede anche un'azione tossica sul fegato, specialmente se le riserve di glicogeno sono ridotte.

La preparazione immediata del diabetico per l'operazione.

La dieta di almeno 1500 calorie va continuata fino a 6-8 ore prima dell'intervento; il diabetico non va mai tenuto a digiuno e, tanto meno, nelle ore precedenti l'operazione. Si eviteranno i purganti drastici per la desidratazione che provocano; si darà invece un enteroclisma semplice. Si potrà somministrare la morfina, da sola o con la joscina.

Poche ore prima di iniziare l'operazione si daranno dei carboidrati in forma facilmente assorbibile. Tre ore prima, si somministrano 20 grammi di glucosio (circa 100 cmc. di succo di arancio, con 10 gr. di zucchero), iniettando 10-15 unità di insulina. Se si ha ragione di ritenere che la durata dell'operazione sia lunga, si daranno, invece, 40 gr. di glucosio (nella forma come sopra) e 20-30 unità di insulina. Il paziente, dopo la somministrazione, decomberà sul lato destro, allo scopo di facilitare lo svuotamento dello stomaco.

Nel caso di operazione d'urgenza, invece di sovraccaricare lo stomaco, si daranno 15-20 grammi di glucosio per il retto, disciolti in 1/4 di litro di soluzione fisiologica e 7-10 unità di insulina. Se la soluzione introdotta nel retto non venisse trattenuta o se vi fossero delle controindicazioni per usare tale via, si introdurranno i 20 gr. di glucosio (in soluzione al 20 %) per via endovenosa e si farà l'iniezione di 10-15 unità di insulina.

Nel caso di operazioni urgenti e, specialmente se vi è della sepsi, si hanno generalmente segni e sintomi di acidosi. La presenza di corpi cetonici costituisce un rischio chirurgico.

Se l'intervento è urgente, si daranno pertanto forti quantità di glucosio e di insulina. Lo svuotamento di una raccolta di pus (spesso si tratta di questo) costituisce un passo importante nel trattamento del coma diabetico.

Il trattamento postoperatorio.

È consigliabile di iniziare al più presto la somministrazione di alimenti carboidrati in forma liquida. In questo stadio, il paziente va considerato in stato più o meno forte di acidosi. Ogni 3-4 ore, si somministreranno degli alimenti corrispondenti a 20-40 grammi di glucosio, accompagnati da una corrispondente quantità di insulina. Si farà la ricerca dello zucche-

ro nell'urina e, senza procedere a dosamenti, il cambiamento di colore indotto dal Fehling darà le indicazioni per la prossima dose di insulina; se il colore è rosso od arancione, si darà la stessa dose che in precedenza, se giallo o verde, si riduce l'insulina a 5-10 unità, se il liquido di Fehling rimane immutato, non si somministrerà affatto insulina.

Dopo 1-2 giorni, si può incominciare la somministrazione di una dieta più abbondante di circa 1500 calorie; essa consisterà essenzialmente di liquidi e di cibi facilmente digeribili. L'A. dà il seguente schema.

Colazione. — Alimento Benger g. 15; latte cmc. 150.

Desinare. — Zuppa di latte preparata cuocendo 60 grammi di carote e di rape, passate allo staccio, in circa 100 cmc. di latte; aggiungere 100 grammi di panna.

Crema liquida, preparata sbattendo un uovo con 150 cmc. di latte.

Tè. — Un uovo sbattuto con circa 250 cmc. di latte. Come bibita, 60 cmc. di succo d'arancio, con acqua.

Cena. — Gelatina d'arancio, preparata con 60 cmc. di succo d'arancio 5 grammi di gelatina, 60 cmc. di acqua ed un bianco d'uovo sbattuto.

Crema preparata aggiungendo un rosso d'uovo a 200 cmc. di latte; servirla con circa 70 grammi di panna montata.

In questo schema, si danno 78 grammi di carboidrati, 59 di proteine, e 106 di grassi; totale 1500 calorie circa. Ogni pasto contiene 18-20 grammi di carboidrati, sicchè si daranno contemporaneamente 10-15 unità di insulina. Man mano migliorano le condizioni di sepsi, la possibilità di elaborare i carboidrati viene aumentando; si sorveglierà l'urina e si eviteranno gli attacchi di ipoglicemia con la riduzione dell'insulina secondo la tolleranza.

Con l'entrata in convalescenza si andrà poi riprendendo gradatamente la dieta normale.

Nei casi gastrici, tenuto conto della necessità di limitare l'introduzione di alimenti per bocca, si farà anzitutto (subito dopo la gastroenterostomia) un'iniezione endovenosa di 20 grammi di glucosio (al 20 % in soluzione fisiologica); 4-8 ore dopo, un clistere di non più di 1/4 di litro di soluzione di glucosio al 5-7 %.

Ogni introduzione di glucosio va preceduta dalla somministrazione di insulina. Siccome poi accade spesso che i clisteri non vengano trattenuti e non possano, quindi, ripetersi, si dovrà sempre avere sottomano tutto per l'iniezione endovenosa di glucosio, in modo da poter fornire la quantità necessaria di carboidrati. Al mattino del giorno susseguente l'operazione, si daranno, ogni 2 ore, piccole quantità di acqua, continuando la somministrazione (rettale od endovenosa) di glucosio. Al secondo giorno, si daranno latte ed acqua, alterando con acqua semplice tiepida e si tenterà la somministrazione di alimento Benger (5 grammi in 90 cmc. di latte). Al terzo giorno, sospensione dei clisteri, sostituendoli con carboidrati dati per bocca; l'alimento Benger somministrato con latte è una buona forma; naturalmente, si darà la quantità corrispondente di insulina.

In pochi giorni è possibile sostituire la dieta lattea con altra di maggior valore calorifico, aggiungendo poi gradatamente del pesce bollito, delle piccole quantità di pane, delle uova sode, ecc.

LA SCELTA DELL'ANESTETICO.

Il cloroformio non va usato nei diabetici, a causa dei disturbi del metabolismo che può provocare. L'etere è meno tossico, ma può, esso pure, determinare un po' di acidosi. L'ossido nitroso è meno tossico ancora, ma non determina un sufficiente rilasciamento delle pareti addominali, sicchè può essere usato soltanto in operazioni di breve durata e richiedenti una semplice incisione. Il metodo di anestesia spinale è quello da scegliersi quando si può (come, del resto, è generalmente il caso per i diabetici). L'anestesia locale è adatta per la piccola chirurgia. L'etilene è indubbiamente il meno tossico degli anestetici generali, ma presenta lo svantaggio del pericolo di infiammabilità e di non dare un rilasciamento pari a quello dell'etere. *fil.*

Metodi di emostasi nelle ferite della milza.

(M. KASAKOW. *Arch. F. Klin. Chir.*, vol. 136, fasc. I°, novembre 1930).

L'A. ricorda i vari mezzi meccanici, chimici, fisici, biologici proposti per l'emostasi delle ferite della milza. Alcuni di questi egli ha sperimentato su cani sulla cui milza venivano eseguiti dei tagli traversali fino all'ilo in modo da interessare vasi di grosso calibro e che dopo un certo tempo erano sacrificati.

Come criteri di giudizio per i vari mezzi emostatici furono presi, il tempo necessario per l'emostasi; il numero dei punti che era dato sulla ferita; gli stravasi e le aderenze trovate all'autopsia; l'aspetto della cicatrice; la comparsa di ematomi; l'aspetto istologico della sede della ferita.

Dalle esperienze è risultato che l'uso di tessuti di animali (muscoli, fascie, omento, fegato, grasso) non è completamente adatto per l'emostasi della milza; il più efficace è il muscolo, il meno efficace il tessuto fasciale. La ferropirina (soluzione 10 % del solfato) abbisogna di un'azione prolungata sulla ferita, che non è molto efficace.

L'uso di alte temperature (Paquelin) dà delle condizioni sfavorevoli per la rigenerazione del tessuto splenico (necrosi) ed espone al pericolo di emorragie secondarie.

Il vivocoll è invece un mezzo fortemente emostatico forse l'unico adatto per la milza.

[Il vivocoll, proposto da Vogel, consta essen-

zialmente di plasma citrato, cui è aggiunta una certa quantità di vucina o di acido carbolico per la conservazione, e che prima dell'uso è addizionato di cloruro di calcio; 3-5 minuti dopo questa aggiunta il plasma coagula formando una massa gelatinosa che si indurisce. Si può adoprare il vivocoll liquido preparato estemporaneamente o il vivocoll duro].

Con l'uso del vivocoll non è necessaria, negli animali, alcuna sutura della milza, perchè i margini della ferita si tengono insieme senza sutura.

Col vivocoll si ha una cicatrice liscia, senza stravasi sanguigni e con scarse aderenze dell'omento e di altri organi. Microscopicamente si nota scarsa infiammazione reattiva, e modiche alterazioni.

L'A. ritiene che il metodo migliore di impiego del vivocoll sia il seguente: compressione temporanea dell'ilo splenico, asportazione del sangue versato nella ferita; accostamento dei margini e iniezione con ago ottuso di vivocoll in tutta l'estensione della ferita. L'emorragia cessa dopo 4-5 minuti. In clinica si potrebbe aggiungere una sutura della ferita splenica con punti da materassaio.

P. STEFANINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

P. F. ARMAND-DELILLE. *Héliothérapie, Actinothérapie et stérols irradiés*. Un vol. in-8° di 192 pag. con fig. Masson e C.ie, Paris. Prezzo 32 fr.

Problema di moda questo dell'elioterapia che, al pari di tutte le questioni dilaganti fra il pubblico, viene inteso a diritto ed a rovescio; l'arrostimento al sole è diventato, nella mente di molti — non escluso anche qualche medico — una panacéa salutare. Arma, invece, utile ma anche dannosa se non applicata a dovere.

Dopo un breve cenno storico ed alcune nozioni sommarie sulle teorie fisiche della radiazione solare e dei raggi ultravioletti, l'A. espone le indicazioni generali dell'elioterapia, le condizioni geografiche, climatiche e stagionali del suo uso. Indica, in seguito, quali sono le affezioni in cui è applicabile la cura solare ed il modo di usarla, dedicando un capitolo all'utilizzazione del sole come eutrofico nell'individuo normale e specialmente nel bambino.

La seconda parte del pregevole lavoro è dedicata ai metodi che possono considerarsi come surrogati della luce solare, cioè all'actinoterapia (terapia con i raggi ultravioletti) prodotti artificialmente ed all'uso degli steroli irradiati ed alle loro indicazioni. *fil.*

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

COHN e BARTH. *Lehrbuch der Röntgenstereoskopie*. Vol. di pag. 323 con 193 e 2 tavole. Edit. G. Thieme, Lipsia, 1931.

Nel loro trattato gli AA. si occupano diffusamente della röntgenstereoscopia.

Il Barth si occupa della parte fisica del problema di cui espone le leggi, le condizioni migliori per la stereoscopia e descrive minutamente gli apparecchi tanto nei dispositivi di presa che in quelli che permettono la visione.

Il Cohn tratta la parte radiologica. Discute le indicazioni e in capitoli successivi la tecnica della röntgenstereoscopia per le varie regioni anatomiche e ne discute l'interpretazione.

Numerose figure e riproduzioni di radiografie illustrano il testo. P. VALDONI.

E. JOSEPH u. S. PERLMANN. *Die Harnorgane im Röntgenbild*. Vol. di pag. 87 con 33 fig. e 127 tavole. IIª Ediz. G. Thieme, Lipsia 1931.

La trattazione pure completa è tenuta in termini piuttosto succinti e si occupa dei metodi di indagine radiografica dell'apparato urinario. In vari capitoli sono trattati oltre alla tecnica dell'indagine radiografica urologica, gli aspetti normali dell'apparato urinario, quelli patologici e infine le indicazioni e la tecnica della pielografia endovenosa. Le illustrazioni sono raccolte in 121 tavole e sono particolarmente istruttive sia per la scelta dei casi illustrati che per la completezza dei casi stessi che attestano dell'abbondanza del materiale di cui dispone l'Autore.

P. VALDONI.

I CONGRESSI DI MEDICINA E CHIRURGIA

XXXVII Congresso di Medicina Interna.

Bari, 18-21 ottobre 1931.

L'inaugurazione.

Il 18 ottobre, alle ore 10, nella sala dei ricevimenti al Palazzo di Città in Bari, si è svolta la cerimonia inaugurale dei Congressi nazionali delle Società Italiane di Medicina e di Chirurgia.

Alla cerimonia hanno partecipato tutte le autorità cittadine e militari e le gerarchie provinciali del partito, senatori, deputati e una folla di medici e di docenti giunti da ogni parte del Regno con a capo i presidenti delle Società Italiane di Medicina e Chirurgia sen. prof. Maragliano e prof. Alessandri nonchè una larga rappresentanza della sanità militare con a capo il generale medico Bernucci.

Dopo un caloroso saluto che il Commissario al Comune comm. Vella rivolse ai convenuti, il Rettore Magnifico dell'Università prof. Mariani accennò al meraviglioso sviluppo raggiunto dalla città di Bari e disse della giovane Università, messaggera nuova di fede antica.

Successivamente il direttore della Clinica Medica prof. Galdi e il direttore della Clinica Chirurgica prof. Righetti, presidenti dei comitati ordinatori dei due Congressi di medicina e di chirurgia, hanno ringraziato i congressisti e le autorità.

Il generale medico Bernucci ha ricordato la solidarietà e la collaborazione della Sanità Civile nella grande guerra ed ha assicurato che la Sanità Militare partecipa volentieri ai due Congressi sempre pronta ad assorbire le idee e i metodi più aggiornati per l'adempimento della sua alta e difficile missione.

Il presidente della Società Italiana di medicina sen. prof. Maragliano, dopo aver sciolto un inno a Bari, ha commemorato i soci sen. prof. Queirolo e prof. Vittorio Ascoli ed ha chiuso l'efficace discorso ricordando i due illustri maestri Guido Baccelli e Carlo Forlanini.

Infine il presidente della Società Italiana di chirurgia prof. Alessandri ha rivolto un saluto alle autorità ed ai congressisti ed ha bene auspicato ai lavori dei due congressi.

Seduta pomeridiana (18 ottobre, ore 15).

Presidente: Prof. C. FRUGONI.

Il PRESIDENTE dichiara aperta la seduta e dà la parola al prof. ZOJA, che svolge la relazione su:

Il diabete.

(*Conclusioni*).

Il Relatore, dopo alcune considerazioni sulla regolazione del ricambio, sui centri regolatori, sull'equilibrio ormonico, sul tono vegetativo, svolge l'argomento della relazione, fissando i seguenti punti:

La prima ed essenziale distinzione delle glicosurie si fa con una determinazione di glicemia: può esservi una glicosuria normoglicemica (diabete renale di Klemperer) e una glicosuria iperglicemica, della quale è il più comune esempio il diabete pancreatico o insulare.

Si tratta di due forme che si devono distinguere nettamente dal punto di vista clinico, anche per la terapia essenzialmente diversa nei due casi: senza restrizioni alimentari importanti e senza cura insulinica nella prima; principalmente basata sulla dieta e sulla cura insulinica nel secondo caso.

La soglia renale per lo zucchero è dovuta alle particolari proprietà dell'individuo, sia del rene che degli umori. Essa non è essenziale nel condizionare la sintomatologia del diabete mellito. È più bassa in chi ha tono vagale alto, più alta in chi ha alto il tono simpatico.

Nel sangue e nell'organismo in genere non è ancora accertato se il glucosio oltre che sotto la forma α e β esista anche sotto forma di glucosio attivo o γ. È probabile che esso si liberi da un altro composto nel momento in cui reagisce. Forse l'acido exosomonofosforico è un prodotto intermediario particolarmente importante del ricambio idrocarbonato.

La carbonuria disossidativa più che essere la espressione della eliminazione di prodotti incompletamente bruciati del ricambio idrocarbonato soltanto (Bickel), si deve all'insieme dei prodotti carbonici del ricambio in genere, ed è in relazione col dimagrimento del diabete (Palazzi).

La curva glicemica da carico di glucosio dà elementi di giudizio notevoli sulla forma del diabete; e insieme alle altre prove (di Staub, di Delpisch e Hasenhörl, di Radoslaw, di Falta e Boller) vale a darci la possibilità di bene valutare la turba del ricambio.

Le depressioni maggiori della curva glicemica si hanno nei vagotonici. Ipoglicemie possono aversi per iperazione insulinica.

Per il digiuno, e quando deficiente sia l'apporto di idrati di carbonio, la glicemia da carico di glucosio si fa più alta e prolungata, per depressione della funzione insulare. Il fatto è più accentuato nel non diabetico (Chabanier, Lobo-Onell, Lélu).

Dopo somministrazione di un pasto di solo carne, si ha un rialzo della curva glicemica più o meno accentuato, non in relazione alla gravità o età del diabete, nè al valore dinamico specifico per quella data persona (Cabrini).

Nel diabetico si ha eliminazione di bilinogeno inferiore al normale, in rapporto ad un ricambio emoglobinico torpido. In questo sta la ragione del colorito buono del diabetico, che può essere estremamente dimagrito, ma non è un anemico.

Le ricerche sul contenuto di glicogeno del fegato e degli organi dei diabetici devono ancora essere argomento di attento esame, sia per meglio approfondire il modo di azione della insulina che le ipotesi sulla chetonuria e sulla patogenesi del diabete.

La origine dei corpi chetonici in alcuni casi non può soltanto spiegarsi con una difettosa riserva di glicogeno nel fegato o con deficiente presenza di glucosio. Si dovrebbe ammettere che in alcuni casi occorra una assai maggiore quantità di glucosio anche per la combustione di quantità non grandi di acidi grassi, o che vi sia una asinergia funzionale. Le condizioni del fegato sono certo di grande importanza perchè si stabilisca o no una chetonuria patologica.

Tra secrezione esterna ed interna pancreatica intercorrono rapporti di grande interesse. Con le riserve dovute, la determinazione del potere dia-

stasico del sangue delle urine e delle feci permette di valutare lo stato della secrezione esterna del pancreas.

La conclusione alla quale Falta e Boller sono indotti dal loro studio sulla insulinoresistenza, che esiste una distinzione anche patogenetica tra i diabeti dominabili dalla insulina, e quelli insulinoresistenti, pensando alla presenza nel corpo della insulina e di anti-insuline (o meglio di azioni anti-insuliniche), sembra non sia accettabile. Si tratta sempre delle differenze che esistono tra diabete magro o consuntivo o giovanile o astenico, e diabete grasso o florido o del vecchio o stenico.

Così la ipersensibilità alla insulina, come la resistenza alla sua azione, sono da considerare come espressione delle reazioni molteplici che nell'equilibrio mutabile dell'organismo una causa perturbatrice produce, per la legge di Le Chatelier.

L'insulina, secondo le più recenti ricerche, è una proteina cristallizzabile. Essa non produce alterazioni nelle strutture cellulari. Si deve usare solamente per iniezione, non essendo finora ancora risoluto il quesito di una sua preparazione capace di conservare la sua attività se data per bocca.

La cura di elezione del diabete mellito è la cura dietetico-insulinica. Si deve avvicinarsi quanto è possibile alla dieta che il malato dovrebbe fisiologicamente tenere se non fosse diabetico, tenuto anche conto delle alterazioni organiche che può presentare e, se non adulto, dei bisogni dell'organismo per la crescita. Se con questa dieta elimina zucchero, non si deve mai, per renderlo aglicosurico, ricorrere a una riduzione degli idrati di carbonio, specialmente per la possibilità di acidosi, e per la nociva influenza che la riduzione degli idrati di carbonio, necessariamente seguita da aumento dei grassi e sopratutto delle proteine, ha per lo stato del cuore, dei reni e del fegato eventualmente lesi, il che assai spesso avviene, sopratutto nel diabete della età avanzata. Il difetto di assimilazione degli idrati di carbonio va corretto con insulina. La dosatura di questa, la sua distribuzione, nella giornata, e la composizione e distribuzione del cibo nei vari pasti, si deve fare in base alla valutazione della influenza del lavoro da compiersi dal malato, ad esami delle urine, ad esami della glicemia della giornata, fatti tratto tratto, sopratutto se compaiono sintomi di ipoglicemia. In secondo luogo deve essere norma rigorosamente applicata che la quantità di sostanze proteiche non deve mai superare un grammo per Kgr. di peso del malato, meglio se essa si può contenere nella misura di 75-85 ctgr. Così si ottiene diminuzione o non comparsa di corpi chetonici; così si ottiene una miglior tolleranza degli idrati di carbonio; così si ottiene che l'equivalente della insulina per lo zucchero sia più elevato.

La curva oraria della glicemia, eseguita per 24 ore, è il solo mezzo che fornisca i dati per dirigere in modo corretto la cura nei casi più difficili; nella maggioranza dei casi l'osservazione delle urine raccolte prima dei pasti ed eventualmente la determinazione della glicemia nelle ore opportune (a digiuno, prima del pasto del mezzodì e della sera, e tardi nella sera) indica il modo di prescrivere la cura, così da evitare ogni inconveniente.

Allo scopo di ridurre al minimo il numero di unità di insulina necessarie, e più per ragione economica che per necessità medica, è utile saggiare quali siano gli amilacei meglio tollerati ed eventualmente dare preparati di sorbite o di inulina.

Nelle infezioni, nella tubercolosi polmonare, quando occorra un intervento operativo, la somministrazione di idrati di carbonio deve essere ancor più larga, e spesso questo richiede un maggior numero di unità di insulina; il che non deve mai trattenere dal seguire questa norma.

La cura chirurgica del diabete nelle varie forme proposte (enervazione delle capsule surrenali, surrenectomia, legatura del pancreas o del dotto di Stenone con trapianti della sottomascellare) non ha dato finora alcun risultato pratico.

Sono degni di essere accuratamente studiati, senza prevenzioni teoriche, gli effetti delle cure di acque sul ricambio in genere e su quello degli idrati di carbonio e sul diabete in ispecie.

* * *

Terminata la Relazione del prof. Zoja, il Presidente dichiara aperta la

Discussione della Relazione.

M. Ascoli (Palermo). — Si congratula prima di tutto vivamente con il Relatore per l'esposizione così lucida da lui fatta. Non può a meno di rilevare però come ormai siano ben 3 volte (esperienze di Cl. Bernard, Minkowski, Banting) che si crede di avere individuata la patogenesi del diabete, mentre poi le osservazioni successive hanno dimostrato il contrario. Lo studio dell'insulina infatti ha dimostrato che il fattore pancreatico nei diabetici non riguarda che una quota; quindi ben fecero le scuole tedesche, anche prima dell'insulina, a richiamare l'importanza di altri fattori sul ricambio dei carboidrati; felici sono stati pure l'idea pluringhiandolare del diabete di Pende e la teoria nervosa regolatrice sostenuta dal Cesa Bianchi. La questione quindi è complessa e fino ad ora non si conosce che una parte della medaglia. Il probema, secondo l'O., è di cercare di individuare i fattori che hanno effetto antagonistico, i quali, più che generali, debbono consistere in fini meccanismi.

A tale proposito ricorda un caso da lui osservato di un diabete glicosurico, iperglicemico, insulinoresistente; il trattamento antitiroideo fece scomparire il diabete e lo rese sensibile all'insulina.

Termina ricordando l'utilità che può avere per la cura dei diabetici l'istituzione di ambulatori specializzati. Insiste sulla necessità che la diagnosi di diabete, specie nelle famiglie predisposte, sia precoce, cioè fatta durante la fase puramente glicemica, iperglicemica.

L. Condorelli (Napoli). — Ricorda le sue ricerche cliniche, il cui esame critico fin dal 1924 gli fece concludere che l'iperglicemia alimentare fosse dovuta in parte all'assorbimento del glucosio ingerito, non completamente arrestato dal fegato, ed in parte ad uno stimolo che eccita la glicogenolisi epatica. Critica alcune ricerche di Ernest, di Magassy e di Cori, tendenti a dimostrare essere la iperglicemia alimentare un semplice fenomeno di assorbimento. Ricorda le ricerche di Conti sull'effetto della denervazione del fegato nella forma della curva glicemica e le ricerche di Francaviglia sulla influenza che il sistema nervoso vegetativo esercita sul tipo di curva glicemica alimentare.

C. CASSANO (Bari). — Ricorda anzitutto come non debba essere trascurata la parte importante che nel determinismo del diabete hanno il ricambio dei grassi e dei proteici, così bene messa in evidenza da alcuni autori. Per quanto riguarda il ricambio proteico, invece regna ancora molta oscurità: ad ogni modo è erroneo il concetto che esso sia in *deficit* nel diabete.

Da alcune ricerche praticate in collaborazione col dott. Martino sul ricambio dei proteici l'O. ha potuto vedere che nel diabete lieve l'attività di desaminazione è poco o nulla compromessa, mentre nel diabete medio e più ancora nel diabete grave, dopo pasto proteico, si nota netta iperaminoacidemia. Ha creduto opportuno richiamare l'attenzione sul problema della partecipazione del ricambio proteico, perchè secondo l'O. esso è strettamente legato ai meccanismi patogenetici del diabete mellito.

L. PRETI (Parma). — Si associa agli elogi fatti al Relatore. Chiede prima di tutto un chiarimento e cioè se allo stato attuale delle nostre conoscenze si può dire se il diabete ha una patogenesi unica (deficienza insulare) oppure plurima comprendente tutte quelle forme in cui vi è un turbamento del cosidetto sistema glicoregolatore: nel primo caso occorrerebbe cambiar la denominazione, perchè diabete equivale a glicosuria con iperglicemia, nel secondo caso sarebbe necessario stabilire prima di intraprendere il trattamento curativo del diabetico con uno dei diversi mezzi, incompleti perchè induttivi, se vi è deficienza insulare e ciò per effetti pratici potendo così ridurre gli insuccessi della terapia insulinica. Nel suo Istituto ad es. il dott. Melocchi nell'ipertiroidismo sperimentale con glicosuria ed iperglicemia ha visto soccombere l'animale con dosi anche basse di insulina.

In quanto poi alla ipersensibilità all'insulina fa presente una circostanza osservata in medicina veterinaria: animali poche ore o pochi giorni dopo il pasto possono in certe evenienze presentare una tipica crisi ipoglicemica mentre la determinazione della glicemia dà valori superiori alla norma. Questo fenomeno è dovuto al fatto che l'iperglicemia non è data da iperglicosemia, anzi il glucosio ematico è notevolmente ridotto, ma dal lattosio che, non avendo la funzione del glucosio, non può impedire la crisi ipoglicemica. Ora questo fenomeno può in determinate circostanze, ripetersi nella donna: qui però non si cadrebbe in errore se constatando un aumento del potere riducente dell'orina venisse stabilito se detto aumento è dovuto a lattosio anzichè a glucosio.

Infine vuol far presente anche un piccolo inconveniente che può verificarsi durante la cura insulinica e cioè la possibilità di schok anafilattici per effetto dell'insulina. Il fenomeno è già stato rilevato: il dott. Battistini del suo Istituto farà conoscere uno di questi casi, nel quale a schok avvenuto ha potuto dimostrare uno stato allergico anche con insulina preparata con pancreas di animali di specie diversa da quella usata, e non avviene con estratti pancreatici cosidetti desinsulinizzati.

In detto caso si è potuto trasportare passivamente lo stato allergico ad altro individuo ed anche ad animali. Questo stato allergico può verificarsi anche con la insulina cristallizzata, il che depone che il fenomeno non è dovuto ad impurità dell'insulina, ma all'insulina stessa, poichè dando l'insulina, anche quella cristallizzata, la reazione delle albumose — reaz. di Millon, del biureto, ecc. — dimostra di poter rendere allergico un soggetto. Qui ci si potrebbe domandare perchè lo schok anafilattico è piuttosto raro: la risposta ce la offre il modo con cui l'insulina viene impiegata, cioè sotto forma di iniezioni subentranti.

G. A. PARI (Padova). — Fa rilevare che oltre ai casi di diabete insulino-sensibili ed insulino-resistenti debbono essere presi in considerazione i casi di diabete ad azione paradossa, in cui l'insulina provoca un aumento della glicemia e della glicosuria.

G. IZAR (Messina). — Si limita ad alcune brevi osservazioni chiedendo al Relatore il suo illuminato parere.

Sul tema « iperglicemia », il Relatore ha prospettato che la teoria dell'assorbimento ha acquistato massima importanza dalla teoria dello stimolo.

L'O. chiede come si può spiegare con la teoria dell'assorbimento il fatto, ben accertato da tanto tempo, che aumentando la dose di glucosio introdotto per os il tasso glicemico aumenta non in maniera proporzionale, ma solo debolmente?

Sui rapporti fra lesioni renali, tasso glicemico e diabete, il Relatore dice che scarsa influenza ha una lesione renale sul comportamento dello zucchero ematico. Ora, dall'analisi minuta di numerosi casi di diabete, l'O. ha potuto rilevare che quando in un diabetico s'impianta una lesione renale, la glicosuria tende a diminuire, mentre la glicemia aumenta.

Ma vi ha di più. In questi casi, come pure nelle complicanze chirurgiche o mediche del diabete, l'O. ha potuto osservare che coll'impianto di una lesione renale, diminuisce in modo netto la sensibilità all'insulina, fino a che il paziente diventa insulino-resistente. Domanda al R. la spiegazione di tale fenomeno.

In ultimo l'O. consente col Relatore che l'insulina non deve essere che una cura sintomatica nei casi più imponenti e nella complicanza del diabete: non deve essere considerata come cura abituale. Riguardo alle conclusioni del Relatore, pure affermando che l'impianto di ambulatori per diabetici può tornare di grande utilità per la scoperta di nuovi casi, afferma anche che i nostri sforzi debbono tendere alla ricerca di nuove vie terapeutiche, siano esse sintomatiche che terapeutiche. A tale proposito continuando nelle indagini iniziate nel 1923 e confermate da AA. tedeschi due anni dopo, può affermare che realmente l'uso di acque solforose (ricche cioè di acido solfidrico libero), già prospettato dal Campanacci, determina una progressiva diminuzione del tasso glicemico quando esso è aumentato, laddove non ha alcuna influenza sul tasso glicemico dei soggetti normali. Parallelo all'abbassamento del tasso glicemico va un rifiorire spiccato delle condizioni generali là dove siano alterate. Per quale meccanismo l'acido solfidrico o lo zolfo spieghino la loro influenza è ancora da determinare: ma questo nulla toglie di importanza al fatto, che l'O. spera venga analizzato a fondo da quanti hanno la possibilità di farlo.

F. SERIO (Palermo). — Al diabete insulino-resistente ed al diabete per controregolazione si collegano alcuni tentativi di riproduzione sperimentale nei cani di un diabete simile a quello umano mediante somministrazione continua di ormoni iperglicemizzanti, adrenalina, tirossina, pituitrina).

Qualora si fosse riusciti nello scopo ci saremmo trovati di fronte ad una forma che avrebbe rappresentato l'antagonista del diabete per ablazione totale o parziale del pancreas.

L'O. ha somministrato progressivamente da 0,5 a 6 mg. pro die di adrenalina, da 0,5 a 2 mg. di tirossina, da 5 a 25 unità di pituitrina. La glicosuria ottenuta colle grandi dosi era elevata (20 per mille) e così pure l'iperglicemia (2 per mille) ma transitoria giacchè non durava più di due-tre giorni, dopo i quali occorreva nuovamente riprendere il trattamento.

Degli animali alcuni morirono presto in anuria col quadro di una intensa ischemia renale; gli altri perirono per progrediente cachessia e mostrarono all'esame chimico del fegato una forte diminuzione del glicogene.

L. D'AMATO (Napoli). — Nella brillante relazione sul diabete il Relatore ha appena accennato ad una questione molto importante: quella del modo di comportarsi del ricambio azotato nelle diverse forme di diabete. È noto che molti AA., specialmente francesi, sostengono che nel diabete grave o magro, gl'infermi sono esposti ad una forte ed irreparabile perdita di azoto, tanto che danno a questa forma il nome di diabete con denutrizione azotata. Tale opinione non è accettata dalle scuole tedesche.

Parecchi anni or sono l'O. ha sottoposto un diabetico grave ad un'alimentazione prevalentemente albumino-adiposa, molto ricca (l'infermo poteva utilizzare circa 60 calorie per chilo). In tali condizioni l'infermo presentò una considerevole ritenzione di N (circa 13 gr. al giorno in media). In un secondo periodo sottopose l'istesso diabetico ad un'alimentazione albumino-adiposa, complessivamente molto povera (l'infermo poteva utilizzare solo 23 calorie al giorno per chilo), ma discretamente ricca di sostanze albuminoidi. Ebbene, anche in queste condizioni, l'infermo risparmiò circa 7 gr. al giorno in media di N. A risultati press'a poco identici giunsero dopo dell'O. altri ricercatori autorevoli come il Lüthje, il Falta, Gigon e Withney. L'O. stesso volle ricontrollare le sue ricerche, alcuni anni fa ed è venuto a risultati identici.

Pensa dunque che si possa ritenere provato che un diabetico grave non disperde l'N in modo ineluttabile e fatale, ma è capace di trattenerlo, quando la somministrazione di albuminoidi è eccedente.

Che cosa accade delle forti quantità di N trattenute? È impossibile dirlo. Le ipotesi affacciate non sono persuadenti. Ma il fatto esiste ed è importante, perchè dimostra che la denutrizione che si osserva nel diabete magro non è un fatto semplice spiegabile soltanto con la perdita di azoto, ma va ricercata in perturbamenti più profondi del ricambio materiale dei diabetici e probabilmente in un disturbo primitivo del metabolismo dei grassi.

Studi ulteriori potranno chiarire questi punti ancora oscuri, che contribuiranno probabilmente a fare differenziare le diverse forme di diabete.

G. SABATINI (Sassari). — L'O. si occupa sopratutto di due punti: uno di indole dottrinale e scientifico, l'altro di indole clinica ed anche pratica.

Come contributo scientifico ricorda anzitutto che possono avere una certa importanza, per gettar luce sui meccanismi intimi del ricambio idrocarbonato e della glicemia, le ricerche, eseguite da lui e dai suoi collaboratori nella Clinica Medica di Sassari, circa l'azione di minime dosi di sali dei metalli pesanti (sopratutto rame e mercurio) sulla curva glicemica.

Iniettando negli individui normali, a digiuno, mezzo od un milligrammo di solfato di rame o di bicloruro di mercurio in acqua distillata, si ha un rapido innalzamento della curva glicemica, che in poche ore ritorna alla norma, dimostrando in tal guisa come queste minime dosi determinino un turbamento notevolissimo dell'equilibrio glicoregolatore, con un meccanismo certamente ancora oscuro, ma che fa pensare a quei tentativi d'interpretazione dell'azione insulinica rivolti alla ricerca in essa di frazioni infinitesimali di corpi metallici (cobalto, nikel?).

La stessa dose di iniezione somministrata ad individui iperglicemici, veri diabetici od anche semplicemente epatopazienti, ha dato delle curve inverse, dimostrando quindi un altro lato assai importante di interpretazione specifica e generica di quest'ordine d'indagini.

In secondo luogo ricorda che per poter utilizzare efficacemente, collo scopo di risolvere i numerosi problemi in discussione, l'enorme mole di ricerche, che ogni giorno si va accumulando in tutto il mondo a proposito del diabete sopratutto in riguardo al suo caposaldo rappresentato dalla elevazione del tasso glicemico, è necessario che queste ricerche siano eseguite tutte nelle medesime condizioni e con metodi se non identici per lo meno esattamente comparabili fra loro.

L'O. ha fatto eseguire nella Clinica di Sassari delle scrupolose ricerche comparative sui medesimi campioni di sangue normo- ed iperglicemico ed una precisa ed accurata attuazione dei metodi più comunemente usati, sulla determinazione del tasso glicemico, ed ha trovato che le cifre ottenute erano spesso profondamente distanti l'una dall'altra.

Ove a ciò si aggiunga che non c'è ancora un preciso accordo sul limite di frontiera da assegnare tra il normale ed il patologico, onde potere con certezza dire dove finisca la normo-glicemia e cominci la iperglicemia, appare evidente come sia necessario precisare bene questi punti, per far sì che le ricerche compiute nei vari paesi e dai vari ricercatori e le deduzioni da esse tratte siano uniformi e quindi utilizzabili per lo studio definitivo.

Passando alla parte clinica ritiene che sarà bene che l'illustre Relatore voglia ancora più affermare i due concetti di diabete e di glicosuria.

L'O. crede che si possa nettamente affermare, in sintesi, che la *glicosuria non è il diabete e il diabete non è la glicosuria.*

In questa specie di aforisma si può riassumere il nostro concetto moderno. Il diabete va considerato come una entità morbosa distinta, con caratteri molteplici e più o meno costanti, con evoluzione propria, con più o meno precise indicazioni e risposte terapeutiche e, fino ad un certo punto, con proprie ed abbastanza determinate lesioni anatomiche. È il diabete mellito dei vecchi nosografisti e clinici.

A parte, ed in un grado di parentela più o meno stretta, con questo, stanno le glicosurie, che sopratutto il laboratorio ha insegnato a largamente conoscere. Queste glicosurie saranno più o meno individualizzabili, dovranno alcune sì ed

altre no considerarsi diabetiche, ma certamente si associano spesso con sintomi positivi o negativi che non sono quelli del diabete, e sopratutto hanno valore clinico, prognostico e terapeutico, che differisce dai corrispondenti attributi del vero diabete.

L'O. crede che il diabete, specialmente inteso come entità morbosa definita, oltre che non essere tutto riassunto nella glicosuria e nella iperglicemia, è da considerarsi come malattia finora non riprodotta negli animali, al pari, per citare alcune altre malattie, dell'arterio-sclerosi, della gotta, della cirrosi epatica, ecc.

Chiude infine rilevando che sull'azione terapeutica delle acque minerali, per la quale il prof. Zoja ha chiesto una considerazione obiettiva e serena, l'O. ha una larga esperienza personale, in materia di acque solfato calciche ad azione sul fegato, e può dire che mentre nei diabetici intesi nel senso nosografico distinto, di cui parlava, non si ha con questa terapia che un'azione minima, nei glicosurici, e specialmente in determinate categorie di glicosurie, si possono avere azioni terapeutiche degne di rilievo, come l'O. ha documentato con un suo precedente studio.

D. CESA BIANCHI (Milano). — L'impressione riassuntiva che ha tratto dalla bella relazione di Zoja, così densa di fatti e di idee, è che i punti oscuri in tema di diabete mellito son forse oggi più numerosi di quelli che potevamo prospettare anche pochi anni or sono, e cioè che la scoperta dell'insulina ha finito col portare fin qui forse più oscurità che luce sulla genesi del diabete. Ritiene che ciò si debba attribuire sopratutto al fatto che la scoperta dell'insulina, di tanta importanza pratica e dottrinale, ha polarizzato le nostre direttive quasi esclusivamente verso il pancreas, facendone non soltanto l'organo principalmente compromesso — ciò che è giusto — ma troppo spesso l'organo esclusivamente responsabile della malattia. Il che in pratica pecca per eccesso, almeno in molti casi.

Nessun dubbio, si intende, sull'importanza dominante del pancreas, inteso come ghiandola endocrina, ma nessun dubbio pure che attorno ad esso, nella genesi del diabete, gravitino, sia pure come attori di secondaria importanza, altre ghiandole endocrine, i surreni in prima linea, altri complessi neuro-ormonici. Nessun dubbio ancora che a tutto poi sovrasti un organo che da troppe parti e da troppo tempo si va dimenticando o quasi nella genesi del diabete: il fegato. L'O. ha la impressione che quando si sarà pervenuti a chiarire l'intimo meccanismo genetico del diabete mellito, vedremo restituita al fegato la parte che gli spetta e chiuso il ciclo delle nostre ipotesi, saremo ritornati alla classica concezione di Cl. Bernard completata ed integrata dalle nuove acquisizioni.

I punti toccati dallo Zoja nella sua relazione sono tutti di alta importanza, sono anche veramente i punti nodali dell'argomento, così che ognuno di essi meriterebbe di essere discusso. L'O. si limita a qualche accenno su due punti soltanto: sui rapporti fra la secrezione interna ed esterna del pancreas e sull'acidosi.

Per quanto riguarda la prima questione si può dire che un eccessivo schematismo ha fin qui dominato l'argomento, tenendo rigidamente separate le due ghiandole pancreatiche, l'esocrina e l'endocrina, nelle loro funzioni, mentre son fra di loro così strettamente unite. Si è ripetuto difatti per il pancreas il tipico errore che per tanto tempo ha dominato la fisiopatologia dei surreni, già considerati come costituenti di due ghiandole diverse per genesi, per struttura, per funzione, indipendenti l'una dall'altra, solo accidentalmente riunite in uno stesso organo, sopravalutando ancora eccessivamente l'una — la midollare — sull'altra; mentre oggi non soltanto assistiamo alla progressiva rivalutazione della già quasi dimenticata corticale, ma vediamo chiarirsi sempre più gli stretti rapporti funzionali che legano fra di loro le due ghiandole, non per nulla rimaste in un organo solo.

Lo stesso, sia pure in grado minore, è avvenuto per il pancreas: le due ghiandole che lo compongono, già considerate come nettamente distinte per genesi e per struttura oltre che per funzione, anzi come indipendenti, pur essendo strettamente unite nello stesso organo, nutrite dagli stessi vasi e stimolate dagli stessi nervi, oggi vanno sempre più dimotrandosi siccome legate fra di loro da correlazioni funzionali, che non possono essere dimenticate, anche se modeste di fronte alla dominante funzione specifica di ciascuna delle due sezioni ghiandolari.

Oggi difatti sappiamo che la funzione esocrina del pancreas è generalmente diminuita nel diabete mellito, anzi nel diabete pancreatico e che in questo caso la cura insulinica vale spesso a ritornarla in condizioni normali. Oggi ancora sappiamo che stimolando la funzione esterna del pancreas (ad es. con le pennellazioni di acido cloridrico e conseguente maggior produzione di secretina, come ha fatto il dott. Boattini) si ottiene nei diabetici, e soltanto in questi, un notevole abbassamento della curva glicemica, che si ripete ad ogni pennellazione. Nessun dubbio quindi sulla esistenza di correlazione funzionale fra le due ghiandole pancreatiche, per cui la eccitazione così come la paralisi dell'una si rifletta, nello stesso senso, sia pur attenuata, sull'altra, delle quali va tenuto conto in pratica, anche se per ora non ne è del tutto chiarita la natura.

E passiamo alla chetonuria, anzi e più genericamente alla acidosi diabetico-non diabetica. È noto difatti che accanto alla classica acidosi iperglicemica del diabete mellito esiste più modesta un'acidosi ipoglicemica, senza per altro che vi sia contrasto genetico fra le due forme, in quanto entrambe riconoscono una genesi comune: e cioè una carenza di zucchero, legata nel primo caso ad una incapacità dell'organismo ad utilizzare lo zucchero circolante in eccesso; legata invece nel secondo caso a impoverimento della normale riserva di carboidrati (glicogeno) o a incapacità dell'organismo alla loro utilizzazione: cioè alla loro trasformazione in glucosio.

Specialmente interessante fra le numerose forme di acidosi ipoglicemica è quella che si può osservare nell'insufficienza surrenale e più specialmente nel morbo di Addison. In questa affezione difatti, oltre ad una più o meno marcata ipoglicemia e ad una ipersensibilità spesso cospicua all'insulina, esiste abitualmente una evidente tendenza alla acidosi, che va aggravandosi con l'aggravarsi della malattia. Questa tendenza acidosica, legata con ogni probabilità ad un progressivo impoverimento delle riserve di carboidrati (glicogeno) e fors'anche ad una insufficiente glicogenolisi epatica da carenza adrenalinica, viene sempre e notevolmente aggravata dalla somministrazione di insulina, anche a dosi minori, in quanto l'ormone pancreatico, accentuando lo stato ipoglicemico, peggiora inevitabilmente la già esistente acidosi. È anche probabile che i così detti disturbi

nervosi tanto frequenti nel periodo terminale del morbo di Addison, siano essi pure da attribuirsi almeno in parte all'acidosi.

Nel morbo di Addison quindi si può osservare uno dei più tipici esempi di acidosi ipoglicemica, che fino ad un certo punto può anche ergersi in contrasto dell'acidosi iperglicemica del diabete mellito; non tanto dal punto di vista genetico, quanto da quello terapeutico. L'insulina difatti, nettamente indicata in quest'ultimo caso, è da proscriversi nel primo.

Anche per queste considerazioni, oltre che per i dati derivanti dallo studio del meccanismo glicoregolatore, l'O. ritiene che non si debba insistere per una genesi esclusivamente insulare del diabete mellito iperglicemico. È necessario distinguere in questa affezione almeno due forme, che, pur presentandosi in pratica coi caratteri clinici rispettivamente del diabete giovanile e del diabete degli adulti, del cosidetto diabete magro, cioè, e del diabete grasso, riconoscono ciò non pertanto una genesi almeno in parte diversa. Se nel primo caso, difatti, l'origine insulare non è dubbia e spesso esclusiva, nel secondo caso trattasi invece di una più complessa alterazione di organi coi caratteri di una malattia da ipersecrezione renale e ipotensiva e più specialmente da ipersecrezione surrenale.

E l'esperimento terapeutico ce ne fornisce la riprova, in quanto la insulina, così rapidamente benefica e quasi miracolosa nel cosidetto diabete magro, lo è assai meno e talvolta non lo è del tutto nel diabete grasso, che è invece spesso meglio avvantaggiato da altre misure terapeutiche.

L'argomento è così interessante, che porterebbe molto oltre, ma l'O. non vuole abusare del tempo concessogli, per cui termina rallegrandosi ancora e vivamente col prof. Zoja per la sua veramente magistrale relazione e per il notevolissimo contributo che la sua scuola ha portato e va portando alla migliore conoscenza di questo così complesso ed ancora così oscuro capitolo della patologia.

A. Luttichau (Bologna). — L'O. prende la parola per accennare ad un elemento che secondo lui ha molta importanza nella fisiopatologia del diabete, e cioè la soglia renale per il glucosio. Mette in evidenza infatti come nei casi gravi esista notevole differenza di livello fra soglia renale e glicemia e come dalle modificazioni di tale soglia si possa avere la trasformazione di un diabete lieve in un diabete grave.

L. Messini (Roma). — Mette in rilievo i rapporti che il timo ha nel ricambio dei carboidrati e dei fosfati. Gli estratti di timo, pur dando iperglicemia, sono capaci di inibire l'azione iperglicemizzante dell'adrenalina. Il timo nel ricambio degli idrati di carbonio eserciterebbe un'azione sinergica col pancreas.

L. Ferrannini (Catania). — Parla anzitutto della necessità di standardizzare rigorosamente le ricerche pel dosaggio della glicemia ed a tale proposito riferisce alcune esperienze eseguite nella sua Clinica. Circa le sostanze ipoglicemizzanti ricordate dal Relatore, l'O. fa rilevare come nella sua Clinica siano stati studiati gli estratti di bucce di fagiuoli e sia stato potuto vedere che essi hanno una discreta azione ipoglicemizzante ed antiglicosurica, tanto da renderli utilizzabili in pratica.

Conviene sull'azione ipoglicemizzante dello zolfo e delle acque sulfuree.

V. C. Piazza (Palermo). — Pone in rilievo che la insufficienza dell'apparato insulare, così come quella di altre ghiandole a secrezione interna, può aver luogo se gli organi che normalmente risentano l'azione degli ormoni da essi prodotti non lo risentono.

M. Landolfi (Napoli). — Insiste sull'importanza dell'esame del sangue, anche negli aglicosurici, e sulla terapia testicolare globale e sulla terapia epatica, secondo le vedute del Castellino, come ha potuto vedere De Vita, e sulla cura del coma diabetico con le iniezioni endovenose di calcio, come ha proposto R. Marotta.

D. Campanacci (Parma). — Dopo aver ringraziato il Relatore per avere ricordato le sue ricerche sull'azione dello zolfo sulla curva glicemica, l'O. ricorda alcune tra queste sue ricerche sopratutto per chiarirne il concetto informatore fondamentale e l'importanza che si riferisce allo stato attuale più ad una questione patogenetica generale, che non ad una questione terapeutica, nei riguardi del diabete. In base infatti agli studi dell'O. e di altri, Loeper e collaboratori considerano il metabolismo dello zolfo imperniato fondamentalmente sul tripode: fegato-pancreas-surrenali, cioè proprio su quel tripode che concordemente la clinica e la fisiologia pongono a base fondamentale nella patogenesi del diabete mellito.

R. Silvestrini (Perugia). — Ricorda che per le capsule surrenali è accaduto quello che sta accadendo per gli isolotti del Langerhans: come non si trova sempre alterazione dimostrabile nelle capsule surrenali in casi di morbo di Addison, così non si deve ammettere la possibilità di un diabete con mancata funzione insulare perchè non si trovano lesioni dimostrabili insulari. Questa mancanza di funzione può venire a traverso una semplice intossicazione degli elementi dell'isole come a traverso turbe d'innervazione.

A proposito delle relazioni che esistono spesso fra funzione della parte esterna e della parte secretrice interna pancreatica, l'O. ricorda come le relazioni fra alterazione pancreatica e diabete furono anatomo-patologicamente dimostrate con casi di pancreatite totale spesso accompagnata da calcolosi pancreatica.

L'O. crede che la relazione fra funzione insulinica e altre ghiandole a secrezione fra funzione insulinica e sistema nervoso centrale e periferico debba esser attentamente studiata: si tratta di vedere a traverso qual meccanismo la funzione insulinica viene turbata o in qual modo frustrata l'azione dell'ormone insulinico.

Ed a proposito di sistema nervoso l'O. osserva al collega Preti che nelle gravi sindromi nelle bovine in puerperio da lui ricordate basta l'iniezione di gas nella mammella perchè immediatamente la grave sintomatologia scompaia.

L'O. osserva poi che dalla discussione sono stati messi in luce alcuni punti da studiarsi ancora: tali il rapporto del quantitativo per mille nella valutazione della glicemia riportandolo alla densità del sangue e la ricerca dell'insulinemia nei casi di diabete insulino-resistente.

F. Galdi (Bari). — Prende la parola per valorizzare le grandi scoperte del passato in tema di diabete e per rilevare che in base ad esse il problema patogenetico del diabete, pur presentando ancora dei punti oscuri, è stato chiarito nelle sue parti fondamentali. Parla quindi dell'importanza del ricambio idrico in rapporto col diabete.

(*Continua*).

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Roentgenologia del timo nell'infanzia e diagnosi differenziale e cura del timo ingrandito.

L'importanza dell'esame radiologico, dice H. Pancoast (*The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, dicembre 1930) è importantissimo. Jackson ha potuto dimostrare colla broncoscopia che l'asma timico è dovuto a compressione tracheale, compressione che può non apparire dopo la morte.

Nello studio radiologico del timo bisogna poter misurare lo spazio fra trachea o faringe e corpi vertebrali. Colla tecnica appropriata si devono vedere la faringe, il margine posteriore della lingua, l'ugola e il palato molle, l'epiglottide, le cartilagini aritenoidi, e spesso anche le pieghe ariepiglottiche, le pieghe ventricolari, le corde vocali.

I *segni radiologici* dell'ingrossamento del timo sono:

1) Deviazione laterale della trachea (nella proiezione sagittale).

2) Restringimento della trachea nel tratto toracico durante l'inspirazione (in proiezione laterale).

3) Restringimento nel tratto toracico nell'espirazione più evidente che normalmente.

4) Uncinamento della trachea nel tratto toracico.

Ci sono due fattori che complicano l'ostruzione: il collasso dei tessuti molli del tratto respiratorio alto e la paralisi del ricorrente. Inoltre si può osservare atelettasia o polmone « annegato », condizioni che scompaiono dopo che il timo si è impiccolito.

La diagnosi differenziale si deve fare coi corpi estranei, coll'ascesso retrofaringeo (in cui si ha aumento netto dello spazio retrofaringeo o retrotracheale), colle stenosi laringee e tracheali difteriche, streptococciche, postdifteriche, colle vegetazioni adenoidi, colla tosse convulsa, colla meningite (che può dare anch'essa attacchi convulsivi), coll'atelettasia congenita, colle malattie congenite del cuore.

La cura si fa coi raggi X e di essa l'A. dà anzi dettagli. R. LUSENA.

Lo struma linfomatoso.

Allen Graham e E. O. Mc. Callagh (*Arch. of Surg.*, aprile 1931) riporta 4 casi di un'affezione della tiroide descritta nel 1912 da Hashimoto e caratterizzata da un'ipertrofia monolaterale della tiroide che appare di consistenza durofibrosa, bernoccoluta.

La tiroide presenta atrofici i follicoli, le cellule secernenti in parte degenerate e distrutte mentre è abbondante un tessuto fibroso compatto con numerosi accumuli di tessuto linfoide.

Tale affezione è da distinguere da malattia di Riedel che ha carattere infiltrativo sui tessuti vicini, che è totale, e presenta segni di maggior gravità di flogosi cronica vera e propria.

I casi degli AA., furono operati con successo, solo in alcuni si ebbe sintomi transitorii di ipertiroidismo. GHIRON.

Ipertiroidismo e cura col liquido di Lugol.

J. Tillgren e N. Sundgren (*Acta Medica Scandinavica*, 12 giugno 1931) hanno studiato 120 casi di ipertiroidismo. Essi ritengono che prima di proporre un intervento chirurgico in questi malati è utile fare per lungo tempo la cura col liquido di Lugol, che spesso dà ottimi risultati e in modo particolare diminuzione della tachicardia e del metabolismo basale. Se ne danno da 5 a 10 gocce per volta, 3 volte al giorno.

Nei casi in cui il Lugol è stato inefficace gli AA. hanno avuto buoni risultati coll'insulina (da 10 a 50 unità al giorno).

Essi osservarono 10 casi di ipertiroidismo associato a diabete, in 5 casi il diabete era comparso prima, in 3 era stato prima l'ipertiroidismo e in 2 le due malattie erano insorte quasi contemporaneamente. Le due malattie si mostrano nettamente indipendenti l'una dall'altra, nel senso che curandone una l'altra non ne è beneficamente influenzata. Ognuna richiede il suo trattamento: l'ipertiroidismo col liquido di Lugol e, se occorre, coll'operazione chirurgica, il diabete colla dieta e l'insulina. R. LUSENA.

Lipomatosi simmetrica familiare.

N. Marsiaj (*Revue Sud-Américaine de Méd. et de Chir.*, maggio 1931) riassume la storia clinica di due malati affetti da lipomatosi simmetrica ereditaria familiare, mettendo in evidenza l'estrema rarità dell'associazione dei due caratteri. Si trattava di due fratelli, nati da un individuo che presentava una lipomatosi sopraclavicolare del tipo di Verneuil-Potain.

In uno dei malati l'affezione si presentava a tipo prevalentemente cervicale. L'infermo presentava il quadro neuro-endocrino seguente: ipotiroidismo, ipopituitarismo, ipo-vagosimpaticotonia, vagolabilità.

Nel secondo malato non si notava elezione per una regione anatomica ed i lipomi si trovavano distribuiti con una relativa uniformità. Il quadro endocrino-vegetativo era: ipotiroidismo possibile ed anche probabile, ipovago-simpaticotonia.

Nel primo malato la lipomatosi era molto rimarchevole ed anche i disturbi di ordine endocrino-vegetativo erano più pronunciati.

L'eredità morbosa tissulare era evidente nei due malati. La loro affezione lipomatosa aveva una base comune costituzionale: esisteva nei due una vera « diatesi lipogena » e questo stato, associato ai disturbi endocrino-vegetativi aveva come conseguenza un disordine del metabolismo dei grassi e della loro distribuzione nell'organismo, cosicchè i malati devono essere compresi fra gli ipocatabolici di Pende.

L'A. mette in evidenza che sulla vera lipomatosi simmetrica un esame accurato del sistema neuro-endocrino ha più valore che l'esame anatomo-patologico per biopsia dei tumori, e che la lipomatosi simmetrica sarà tanto più frequentemente considerata ereditaria o costituzionale quanto più minuziosamente sarà studiata, particolarmente dal punto di vista delle sue relazioni con il sistema endocrino-vegetativo. C. TOSCANO.

Gli accidenti ipoglicemici provocati dall'insulina.

Diversi autori hanno messo in evidenza, in seguito ad esperienze fatte sui conigli, il difetto di concordanza fra le dosi di insulina iniettate, l'abbassamento della glicemia e la comparsa degli accidenti ipoglicemici. M. Labbé (*Bull. et Mem. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 29 giugno 1931) ha dosato nei suoi malati la glicemia al momento della comparsa degli accidenti post-insulinici. Il tasso glicemico ha variato da gr. 0,30 a gr. 0,95 per mille. Ha notato inoltre che non vi è alcun rapporto fra gravità della crisi e tasso di abbassamento della glicemia. Provocando poi uno stato ipoglicemico per mezzo di iniezioni endovenose di insulina in soggetti diversi, ha notato che vi sono delle ipoglicemie considerevoli, con abbassamento al terzo della cifra normale, che non si accompagnano ad alcun sintomo.

La constatazione di queste anomalie rende difficile l'interpretazione del meccanismo degli accidenti post-insulinici. I primi autori avevano attribuito questi accidenti all'abbassamento della glicemia; e la scomparsa degli accidenti in coincidenza con l'elevarsi della glicemia, in seguito ad iniezioni o ingestioni di glucosio, sembrava confermare tale meccanismo. Ma le discordanze constatate nel tasso di glicemia misurato al momento in cui si producono gli accidenti post-insulinici e l'assenza di accidenti post-insulinici in soggetti di cui la glicemia è caduta molto dopo l'iniezione d'insulina, non permettono di accettare la prima spiegazione data e di attribuire all'abbassamento della glicemia la produzione degli accidenti.

L'A., dopo aver criticato le diverse teorie proposte per spiegare la produzione di questi accidenti, conclude col ritenere che l'abbassamento della glicemia e gli accidenti osservati in clinica siano l'uno e gli altri il risultato dell'iperinsulinismo e che essi si producano simultaneamente senza essere l'uno determinato dall'altro. C. TOSCANO.

SEMEIOTICA.

La luce di Wood nella diagnosi di tigna.

Il filtro di Wood, costituito da un vetro all'ossido di nichel, può essere utilizzabile, secondo le ricerche di J. Kinnear (*British med. journ.* 9 maggio 1931) per la diagnosi della tigna provocata dal *Microsporon audouini*. I capelli infetti da tale parassita presentano una fluorescenza brillante e costante alla luce filtrata attraverso il filtro di Wood; invece i capelli affetti da altre forme di tigna non danno alcuna fluorescenza e soltanto quelli infetti dall'*Achorion schönleinii* mostrano una debolissima fluorescenza.

L'esame alla luce di Wood può pertanto essere utilizzabile per la diagnosi e per seguire i progressi della cura.

Occorre stare attenti che in qualsiasi condizione cutanea che produce delle squame, queste appaiono fluorescenti alla luce di Wood, per la presenza della cheratina. Nella tigna da *M. audouini*, invece, sono i capelli che appaiono fluorescenti.

Qualunque luce bianca può essere utilizzabile per tale ricerca, purchè sia di sufficiente intensità; anche se essa passa attraverso altri vetri, come p. es. i condensatori l'effetto non viene turbato.

Il metodo non ha applicazioni per altre dermatosi. *fil.*

MEDICINA SOCIALE.

Problemi importanti del reumatismo giovanile.

Il reumatismo giovanile viene considerato in Inghilterra come una malattia endemica, di guisa che il suo studio è assai curato, e molti sono i problemi ad esso attinenti e che ne vengono particolarmente discussi.

Il primo di tali problemi è quello dell'ambiente sociale; è infatti risaputo che si tratta di un'affezione del bambino povero, e che l'allontanamento dalla propria casa, per vivere in ambiente più sano, riesce ad arrestarne lo sviluppo. E' poi più frequente nelle città industriali che nelle campagne. L'eredità invece, innalzata da alcuni addirittura al valore di una « diatesi reumatica », sembra che più difficilmente possa venir messa in relazione con la malattia.

L'elemento predisponente, che negli altri predominerebbe nel determinare il reumatismo giovanile nelle classi meno abbienti, sarebbe rappresentato, secondo R. Miller (*The Practitioner*, luglio 1930) dall'abitazione esposta al freddo umido; tanto è vero che le statistiche

ne additano i casi più frequenti nei soggetti che vivono ai piani inferiori ed in prossimità dei corsi d'acqua.

E' molto discutibile che possa essere una contagiosità, come alcuni sostengono; e ciò è anche in rapporto alle scarse conoscenze che oggidì ancora si hanno circa il problema batteriologico dell'affezione, per quanto, in mancanza di dati più precisi, possa restare seducente la teoria emessa da Poynton e Paine trent'anni fa, che si tratti di una infezione streptococcica. M. FABERI.

MEDICINA SCIENTIFICA.

La funzione tonsillare secondo un nuovo punto di vista.

La funzione delle tonsille è ancora oggi un problema che aspetta la soluzione. Parecchie sono le teorie che tentano di spiegare la fisiologia di questo strano organo che sembra del tutto superfluo e che, anzi, alle volte appare dannoso.

S. Rizzatti (*Il Valsalva*, maggio 1931), ricorda tali teorie: le tonsille avrebbero funzione digestiva, od ematopoietica, oppure di difesa (inglobamento dei germi da parte dei leucociti) od emuntoria, oppure endocrina. A queste ipotesi, i fatti debitamente controllati non diedero il sostegno necessario e l'A. enuncia una propria teoria che considera il problema da un nuovo punto di vista. Le tonsille, cioè, sono l'organo del *contatto tossinico* col mondo esterno a scopo di autovaccinazione, contatto che è da considerarsi continuo.

Le tonsille (comprendendo in questa denominazione tutto il sistema linfatico faringeo detto anello di Valdeyer, quindi anche le adenoidi) si trovano al punto di incrocio della via aerea con quella digerente, cioè nel punto più adatto per trovarsi in contatto coi germi del mondo esterno. In esse, vivono quindi ogni sorta di germi patogeni e non, i quali, penetrati in circolo, stimolano l'organismo alla produzione delle rispettive antitossine. Tali germi arrivano alle tonsille col cibo e con l'aria inspitata e vi si depositano e si sviluppano facilmente data la struttura macro e microscopica di esse.

Le tonsille assumono, quindi, in sè i germi per elaborarne l'immunizzazione; ed è chiaro che in esse sarà visibile il primo inizio di una malattia infettiva. I germi, che sono *nuovi* per esse, oppure quelli che non trovano nelle tonsille delle quantità sufficienti di antitossina, crescono abbondantemente: si sviluppa allora l'angina, che risulta così l'effetto di un contatto un po' brusco col mondo esterno. Gli ulteriori sbarramenti delle ghiandole linfatiche potranno poi arrestare il germe o, se insufficienti, permettere il suo proseguire determinando la setticemia.

L'angina si osserva particolarmente nei bambini, che sono *nuovi* per molte infezioni. Con l'andare degli anni, la maggioranza degli individui si immunizza attivamente contro i germi comuni, mentre alcuni non trovano mai l'equilibrio necessario e vanno soggetti per tutta la vita ad angine violente. In essi, gli organi linfatici della faringe presentano una spiccata tendenza ad ipertrofizzarsi, ma soffrono talvolta di angine ripetute anche degli individui con tonsille piccole.

Un altro analogo apparecchio di difesa è costituito dai granuli linfatici sparsi nell'intestino, dalle placche del Peyer e dall'appendice vermiforme, che si oppongono ai germi della flora intestinale.

Le tonsille avrebbero, quindi, funzione di difesa, non già nel senso dell'inglobamento meccanico dei germi, ma mediante la produzione di sostanze immunizzanti. *fil.*

RUBRICA DELL' UFFICIALE SANITARIO

La tutela sanitaria delle donne e dei fanciulli in rapporto al lavoro.

La tutela sanitaria delle donne e dei fanciulli in rapporto al lavoro è oggetto di molteplici disposizioni contenute nel *Testo Unico della legge sul lavoro delle donne e dei fanciulli*, 10 *novembre* 1907, *n.* 818 e nei successivi decreti che lo hanno modificato, nonchè in altri provvedimenti, fra i quali il recente R. decreto-legge 13 Maggio 1929 numero 850 che, integrando le disposizioni della legge per la protezione della maternità ed infanzia, offre un'efficace tutela per le operaie e le impiegate in stato di gravidanza e di puerperio. Altre disposizioni, dirette allo stesso fine, si trovano nella legislazione relativa al lavoro nelle risaie e nel regolamento per l'igiene del lavoro, 14 aprile 1927 numero 530.

Il citato T. U. vieta di adibire al lavoro negli opifici industriali, nei laboratori, nelle costruzioni edilizie e nei lavori non sotterranei delle cave, miniere e gallerie, fanciulli che non abbiano compiuto i 12 anni. Per i lavori sotterranei delle cave, miniere e gallerie, il limite d'età è elevato a 13 anni, dove esiste trazione meccanica ed a 14 dove non esiste, e sono escluse le donne. Sono pure esclusi dai lavori pericolosi, troppo faticosi e insalubri, i fanciulli minori di 15 anni compiuti e le donne fino a 21 anni compiuti.

Il lavoro notturno, salvo determinate eccezioni, è vietato pei maschi inferiori a 15 anni e per le donne di qualsiasi età. Per l'ammissione ai lavori indicati dalla legge, e successivamente specificati dal regolamento, le donne minorenni ed i fanciulli, sino a 15 anni compiuti, devono esser muniti di un libretto e di un certificato medico, scritto

nel libretto, da cui risulti che sono sani e adatti al lavoro cui vengono destinati. Il libretto di lavoro è troppo noto agli ufficiali sanitari, che son tenuti a compilare gratuitamente il certificato, perchè occorra farne speciale menzione; ricordiamo solo che, con disposizione del 1926 (circolare 6 aprile del Ministero dell'Economia Nazionale) è stata prescritta anche la registrazione nei libretti di lavoro delle vaccinazioni e rivaccinazioni.

Le puerpere non possono essere ammesse al lavoro se non dopo trascorso un mese da quello del parto, salvo casi eccezionali ed in ogni modo mai prima di 3 settimane e quando da un certificato, rilasciato senza spesa per l'operaia dall'ufficio sanitario comunale, risulti che possono tornare ad occuparsi senza danno.

Sono pure stabilite dalla legge la durata massima e le interruzioni del lavoro delle donne e dei fanciulli.

Nelle fabbriche dove lavorano almeno 50 operaie dovrà istituirsi una *camera di allattamento* e nelle altre dovrà permettersi, alle donne lavoratrici, l'allattamento, sia allestendo all'uopo un idoneo locale, sia concedendo un congruo periodo di uscita dalla fabbrica. Il regolamento per l'igiene del lavoro del 1927 prescrive (art. 34) che le camere di allattamento devono essere ben illuminate e ventilate, ben riscaldate nella stagione fredda, tenute sempre in stato di scrupolosa pulizia, provviste di acqua e convenientemente arredate.

Per la esatta applicazione della legge 10 novembre 1907, il regolamento 6 agosto 1916 n. 1136 definisce quali sono gli opifici e laboratori a cui la legge stessa si riferisce; indica le modalità per la compilazione dei libretti di lavoro; determina quali siano i lavori pericolosi e insalubri agli effetti dell'impiego delle donne e dei fanciulli; stabilisce le norme generali per gli orari di lavoro e per la durata dei riposi, ed infine dà le disposizioni per la sicurezza e l'igiene del lavoro e quelle per la vigilanza sanitaria. Particolare interesse offre l'art. 48, il quale prescrive che l'ufficiale sanitario deve assicurarsi con visite periodiche se le minorenni ed i fanciulli sono atti a sostenere il lavoro nel quale sono occupati o se sono affetti da malattie contagiose, e dà facoltà ai Prefetti, in determinati casi, di affidare tali visite ad altri medici, scelti specialmente fra i medici condotti, con le stesse attribuzioni che competono all'ufficiale sanitario comunale.

Le disposizioni sul lavoro delle donne e dei fanciulli contenute nel T. U. delle leggi sanitarie (art. 82, 84) riguardano *i lavori di mondatura del riso*, nei quali è vietato l'impiego dei minori di 14 anni compiuti e delle donne durante l'ultimo mese di gravidanza ed il primo mese dopo il parto. I fanciulli minori di 16 anni compiuti e le donne minori di 21 anni compiuti, per l'ammissione al lavoro, debbono presentare la fede di nascita. Tutti i mondarisi immigrati devono esser muniti di un certificato dell'ufficiale sanitario del Comune di residenza, o dal quale emigrano, che attesti la loro immunità da malattia trasmissibili, e le donne incinte anche di una dichiarazione medica, che ne indichi il periodo di gravidanza. Questi certificati medici sono rilasciati gratuitamente. Alle donne che allattano deve concedersi il tempo necessario all'allattamento, senza che esso venga detratto dal computo delle ore di lavoro.

Il già citato *Regolamento per l'igiene del lavoro* 14 *aprile* 1927, *n.* 530 dispone che nelle aziende industriali fornite di dormitori questi siano distinti per gli uomini adulti, per le donne e per i fanciulli maschi al disotto di 15 anni. Speciali norme (art. 39) riguardano il lavoro dei fanciulli, dei giovani e delle donne e fissano i limiti massimi permessi per il trasporto dei pesi, sia a braccia che a spalla o su carretti, indicando le modalità da osservarsi in tale trasporto.

Il R. decreto legge 13 *maggio* 1929, *n.* 850 *contenente disposizioni per la tutela delle operaie ed impiegate durante lo stato di gravidanza e di puerperio* prescrive che nelle aziende industriali e commerciali di qualunque natura, anche se abbiano carattere di istituto di insegnamento professionale o di beneficenza, e nelle loro dipendenze, non possono essere adibite al lavoro le donne durante l'ultimo mese di gravidanza e nel primo mese dopo il parto; salvo nelle aziende in cui siano occupati soltanto i membri della famiglia dell'esercente. In via eccezionale ed in base a certificato medico, il periodo di interdizione dal lavoro può esser ridotto a tre settimane prima e dopo il parto, quando il genere di lavoro e le condizioni di salute della donna ne permettano l'occupazione senza suo pregiudizio. Il datore di lavoro è obbligato a conservare il posto alle donne che si assentano a causa della disposizione sopraindicata, e fino alla durata complessiva di tre mesi, quando l'assenza sia dovuta a malattia prodotta dallo stato di gravidanza o puerperio. La legge dichiara esplicitamente mantenuto il disposto dell'art. 82 del T. U. delle leggi sanitarie relativo alle lavoratrici delle risaie.

Alle madri, occupate nelle aziende, che allattano i propri bambini, per un anno dalla nascita di essi, spettano due periodi di riposo, durante la giornata di lavoro, per provvedere all'allattamento. Questi periodi di riposo, che vengono considerati come ore lavorative, sono indipendenti da quelli prescritti dalla legge 10 nov. 1907, n. 818, e debbono durare un'ora ciascuno, con diritto di uscire dall'azienda quando questa non disponga di un locale per l'allattamento. Tale locale è reso obbligatorio

per tutte le aziende contemplate dal decreto-legge, che impieghino almeno 50 donne, e, quando esso esiste, ciascun periodo di riposo è ridotto a mezz'ora, senza diritto ad uscita.

A tutte le operaie ed impiegate, la cui retribuzione mensile non superi le lire 800, è estesa la legge 24 settembre 1923, n. 2157 sulla Cassa Nazionale di Maternità.

Le norme di attuazione del R. decreto-legge 13 maggio 1929, n. 850, emanate col R. D. 28 agosto 1930, n. 1358, definiscono che cosa si deve intendere per aziende industriali e commerciali, quali ricadono sotto il disposto del decreto-legge, e quali donne si considerino come impiegate od operaie. È inoltre prescritto che queste, quando si trovino in stato di gravidanza, durante il sesto mese di essa, presentino al datore di lavoro un *certificato medico* dal quale risulti *l'epoca della gravidanza* e la data presunta del parto. Tale certificato, da redigersi su apposito modulo approvato dal Ministero delle Corporazioni, potrà esser rilasciato dall'ufficiale sanitario, dai medici delle istituzioni assistenziali riconosciute, dai medici di fabbrica, o dal medico di fiducia della gestante, in quest'ultimo caso dovrà esser vistato dall'ufficiale sanitario. In mancanza della presentazione del certificato, il datore di lavoro ha l'obbligo di richiederlo, quando sia evidente lo stato di avanzata gravidanza, e può anche richiedere che la donna si assoggetti a visita medica per ottenerlo. Presentato il certificato, la donna che continui le sue regolari prestazioni di lavoro, non può più esser licenziata per tutto il periodo durante il quale può ancora lavorare, tranne in caso di colpa ed in altri pochi casi speciali.

Dall'inizio della sesta settimana antecedente alla presunta data del parto, la donna ha diritto di assentarsi dal lavoro. La limitazione dell'interdizione dal lavoro a tre settimane prima del parto, è subordinata alla dichiarazione medica che nessun pregiudizio potrà derivarne alla donna od al nascituro. Speciali norme sono stabilite per il caso in cui il parto non avvenga alla data presunta nel certificato di gravidanza. Per giustificare le assenze dal lavoro per malattie prodotte dallo stato di gravidanza (fra le quali sono compresi anche l'aborto spontaneo e quello terapeutico) o dal puerperio, è pure prescritta la presentazione di un certificato medico. Analoghi certificati, dai quali risulti la data del parto, devono prodursi per la riammissione al lavoro dopo tre settimane od un mese dal parto.

Particolari norme di procedura riguardano i contributi per l'assistenza di maternità, i sussidi di puerperio e di disoccupazione e le pratiche da svolgere presso la Cassa Nazionale per le Assicurazioni sociali, ma esse, più che gli ufficiali sanitari, interessano i datori di lavoro; ricordiamo solo che l'art. 60 stabilisce che i certificati, e tutti i documenti inerenti all'applicazione della legge, sono esenti da tasse di bollo e di registro e devono essere rilasciati senza alcuna spesa. L'art. 61 dice che gli ufficiali sanitari, i medici condotti, le ostetriche condotte od i medici delle istituzioni assistenziali riconosciute, prestano l'opera loro senza onere, nè per l'assicurazione di maternità, nè per quella contro la disoccupazione, nè per i datori di lavoro, per gli accertamenti sanitari ai fini dell'osservanza delle norme per l'applicazione del decreto-legge 13 maggio 1929, che abbiamo brevemente illustrato; esso, come appare evidente, costituisce la migliore integrazione della provvida legge sulla protezione della maternità ed infanzia, in completa armonia colle finalità della politica demografica attuata dal Governo Nazionale.

A. FRANCHETTI.

POSTA DEGLI ABBONATI

Sieroterapia nel tetano. — Al dott. Fr. Q. di B. (5884):

La introduzione del siero per via intrarachidea non è dannosa; purtroppo i vantaggi sono aleatorì. Recentemente è stata consigliata l'introduzione per la via della cisterna: il metodo è razionale e può bloccare l'ulteriore carica tossica del sist. nervoso. Qualunque sia la via d'introduzione, bisogna ricordare che il siero non è mai capace di sottrarre la tossina legata, neppure se, come modernamente si consiglia, contemporaneamente si sottopone ad eterizzazione o a cloroformizzazione il malato; e che non si può pretendere dal siero quel vantaggio che nessuna esperienza in animale aveva promesso.

La cura di acido fenico, se attenua qualche sintoma del tetano, non può nè deve esser considerata come cura causale.

T. PONTANO.

Nell'ascite cardiaca. — Al dott. T. V. M. di S. E. (5531):

Lo *scillaren* provoca diuresi il più delle volte modesta.

Il *novasurol*, il *neptal*, il *salirgan*, il *tachidrolo* provocano diuresi imponenti, con grande vantaggio dei cardiopazienti edematosi ed ascitici. Nessuna controindicazione, neppure nel rene da stasi. In un certo numero di casi non si ottiene lo scopo, e se ne ignorano le cause.

Il cloridrato d'ammoniaca non trova indicazioni precise nell'ascite cardiaca, e non si deve superare la dose di 1 gr. 1-50 gr. *pro die*.

PONTANO.

Nella foruncolosi. — Al dott. Vischia:

Nei casi di foruncolosi le cure vacciniche servono benissimo qualche volta, spesso non danno alcun risultato. Lo stesso può dirsi degli altri mezzi che ha impiegato, delle cure di fermenti lattici, ecc.

L'esperienza conferma che i risultati migliori li dà ancora la cura diretta: incisione precoce, migliore al cauterio, e sufficientemente ampia, sì da permettere un facile drenaggio; impacchi caldo-umidi con soluzioni antisettiche (preferibilmente quella del Dakin); protezione della pelle circostante con pomate (Wilson dura); detersione della pelle dell'arto o della regione affetta due volte al giorno con alcool.

Si deve curare di ottenere: una rapida risoluzione del focolaio, un ambiente leggermente antisettico per evitare la moltiplicazione dei germi all'esterno; evitare per quanto è possibile autoinoculazioni.

L'applicazione di raggi ultravioletti o l'elioterapia aumentano la resistenza locale della pelle.

VALDONI.

Al dott. G. Gagliardi, Milano:

Consulti, oltre al noto libro di N. PENDE, *Endocrinologia* (F. Vallardi ed. Milano, Lire 120); i seguenti: S. DI STEFANO, *Endocrinologia*, Unione tip. ed. Torino, L. 35; C. FOÀ e N. PENDE, *La fisiologia e la clinica degli increti*, Istituto Biochimico italiano, Milano, Lire 25; *Incretoterapia*, Istituto Sieroterapico Milanese.

Non è nell'indole del nostro giornale il dare indirizzi di Ditte produttrici. Del resto, le maggiori sono note a qualunque medico.

fil.

All'abb. n. 9256:

Da informazioni assunte all'Ufficio Personale della Cassa nazionale di Assicurazioni sociali, risulta che i nomi dei vincitori del Concorso per 15 posti di medico non erano ancora ufficialmente noti. *fil.*

VARIA.

Tragiche visioni del futuro. La guerra chimica.

Quando, il 22 aprile 1915, nel settore di Ypres, i tedeschi avvolsero le linee nemiche con le verdastre e mortifere nubi di cloro, introdussero una nuova arma bellica a cui già si era pensato in tempi passati; essa si venne sviluppando ed affinando durante la guerra passata ed è da prevedersi che sarà largamente usata in una possibile guerra futura. È inutile e dannoso farsi illusioni; le convenzioni internazionali, fatte pure in buona fede da uomini di buona volontà ed armati di ottime intenzioni, sono stracci che al momento opportuno vanno per aria, mancando un potere supremo con facoltà di sanzione; basta che uno dei belligeranti le trasgredisca perchè l'altro, per la necessaria ritorsione e la legittima difesa, ne segua l'esempio. Nè vale protestare con l'uso della nuova arma; è da ritenersi che analoghe platoniche proteste siano state sollevate ogni volta che si è introdotto un nuovo mezzo di distruzione e specialmente quando, alle spade ed alle lance, agli archi ed alle balestre, si sono venuti sostituendo l'archibugio, i mortai e le altre armi a fuoco a cui la diabolica invenzione di Bertoldo Schwarz aveva dato la forza di propulsione del proiettile.

Anzichè elevare sterili proteste o cullarsi in illusorie speranze, è meglio quindi approntare le armi per la difesa contro l'arma chimica e la guerra aerea che possono avere effetti terribilmente micidiali. L'associazione dei due sistemi permette di portare la distruzione non soltanto fra i belligeranti nelle zone di guerra, ma nel cuore stesso delle nazioni, fra le popolazioni civili. Da esperimenti eseguiti a Dunkerque, è risultato che una città di 200 mila abitanti potrebbe venire distrutta in meno di mezz'ora da un bombardamento bene organizzato; qualche cosa di simile hanno dimostrato le nostre recenti manovre aeree.

Lo spettro di una nuova guerra — sia pure lontana e deprecata — che incombe in questo tormentato periodo che delle convulsioni determinate dalla guerra mondiale risente ancora gli effetti, impone di pensare all'allestimento di efficaci difese. Senza dubbio le autorità militari dei diversi Paesi e specialmente del nostro in cui l'aviazione è oggetto di particolari cure, predispongono le armi più efficaci della difesa aerea e del contrattacco. Ma, dati i caratteri che assumerebbe la nuova guerra, è necessario fin d'ora predisporre la difesa anche delle popolazioni civili, particolarmente nelle grandi città. Problema indubbiamente complesso e di difficile soluzione soprattutto per il gran numero delle persone da proteggere.

All'allestimento di tali difese provvede da noi una particolare Commissione interministeriale che fa capo al Ministero dell'Interno e che è presieduta dal Gen. Giannuzzi-Savelli. Da essa dipendono le Sottocommissioni periferiche. Compito di tali commissioni è lo studio dei mezzi più adatti ed efficaci, studiati caso per caso. Per le popolazioni civili, si pensa anche allo sfollamento delle grandi città (allontanandone tutte le persone che non vi abbiano particolari interessi) nonchè alla difesa antigas. Ma è soprattutto necessaria una propaganda attiva ed oculata che metta le popolazioni sull'avviso in modo che, pur senza eccessivi timori, conoscano la realtà del pericolo ed al momento opportuno si trovino già preparate.

Sono già in programma diverse conferenze da tenersi sull'argomento. Lo stesso Gen. Giannuzzi-Savelli ne ha tenute in diverse città agli Ufficiali medici, della C. R. I., della Milizia, ai funzionari dei diversi Ministeri. La difesa propriamente detta e l'assistenza sanitaria sono affidate alla C. R. I., la quale ha già deliberato di effettuare in Roma un corso per Ufficiali superiori medici, che, a loro volta, dovranno svolgere dei corsi di istruzione al personale dipendente del proprio Comitato.

Quasi tutte le nazioni hanno pensato alla difesa antigas. In Romenia ed in Polonia, per la propaganda di tale difesa, sono allestite apposite carrozze ferroviarie che costituiscono un vero museo di dimostrazione e che vengono spostate nelle diverse stazioni ed illustrate, mediante conferenze a tutta la popolazione. In tali carrozze, che chi scrive ebbe occasione di visitare, vi sono quadri murali a colori che riproducono efficacemente diverse lesioni provocate dai gas, specialmente dell'iprite; boccali con pezzi patologici e figure di preparati istologici di organi con lesioni da gas di guerra; le diverse difese collettive (ridotti stagni) ed individuali (maschere, dimostrate in tutti i particolari) con strumenti per la bonifica, reattivi chimici diversi, ecc. L'allestimento delle nove carrozze polacche è stato fatto da quelle ferrovie di stato, per incarico della lega per la difesa antiaerea che conta oltre mezzo milione di soci; in quelle romene, si trovano pompe, maschere, vestiti, di ditte italiane.

La Polonia, del resto, è stata la prima nazione europea che ha organizzato la difesa della popolazione civile contro i gas ed ha anche promossa la fondazione di una Commissione internazionale di esperti.

Altre nazioni ne hanno ben presto seguìto l'esempio. In Germania, vi sono città dotate di una perfetta organizzazione antigas; p. es., a Magdeburgo è già stato prestabilito il piano di difesa mediante l'oscuramento della città per mezzo di nebbie prodotte da apparecchi trasportabili che possono essere azionati da un solo individuo e producono delle nebbie di 1-2 Km. per 50-100 m. e profonde 50-200 metri.

Assai attiva sotto tale riguardo è l'U.d.R.S.S., dove si ha, fra l'altro, la Società Aviakim (Aviazione-Chimica) che conta dei milioni di aderenti e che ha fra gli scopi, quelli di formare delle squadre antigas, di fornire ai cittadini le nozioni sull'argomento e le maschere antigas (al prezzo di 5 rubli) e di studiare le difese nelle località che possono ritenersi minacciate. La propaganda è fatta attivamente con manifesti colorati che colpiscono l'immaginazione. Nel settembre 1930, sono state fatte a Mosca delle manovre di attacco con i gas.

Gli Stati Uniti hanno all'Edgeword Arsenal il centro per i gas; vi sono impiegate 8-900 persone e vi si producono 250 maschere al giorno. Il « Chemical Warfare Service » ha una larghissima dotazione per lo studio dell'arma chimica.

In Francia, la Croce Rossa, già da un paio d'anni fa un'attiva propaganda per mezzo del suo personale; si sono gettate le basi di una lega contro la guerra chimica e si è nominata una Commissione di difesa aerea (oltre alla Commissione dipendente dal Ministero dell'Interno) per un vasto piano nazionale di difesa. In qualche città (Nizza, Lione), è già stata organizzata la difesa.

Nel Belgio, la Croce Rossa ha nominata una Commissione per le misure di protezione collettiva ed individuale ed ha pubblicato un manuale di istruzione per la popolazione civile.

Bene organizzata è pure la propaganda antigas nell'Estonia.

Nella Svizzera, vi sono numerose organizzazioni antigas che fanno capo alla stazione federale di Wimmis. A Losanna, vi è la sede dell'organizzazione internazionale — La Croce Bruna — per la protezione delle popolazioni civili.

Dovunque si pensa e si provvede per rendere meno micidiali gli effetti di tale guerra che, se dovessero attuarsi in pieno sarebbero certamente terrificanti. Ed atroce si presenta al pensiero la visione di intere popolazioni lacrimanti sotto l'ondata dei gas irritanti, boccheggianti sotto quella dei gas mortiferi o spasimanti per i tormenti dell'iprite (1). Auguriamoci che tale visione ci sia risparmiata, ma guardiamo in faccia il pericolo, infondendo a tutti la fiducia che le difese che le Autorità predispongono costituiscano un'efficace protezione contro la terribile minaccia.

A. FILIPPINI.

---

(1) Un buon trattato sull'argomento è stato recentemente pubblicato per cura dell'Istituto Sieroterapico Milanese, dal prof. A. LUSTIG, con la collaborazione dei dottori G. ROVIDA e G. FERRALORO (Fisiopatologia e clinica dei gas da combattimento, con fig. e tav. a colori. — L. 20).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

La rimunerazione dei tisiologi in Francia.

Un decreto presidenziale, pubblicato nel « Journal Officiel » del 7 agosto, determina la misura delle competenze da corrispondere ai medici tisiologi designati dall'amministrazione statale.

La visita di un funzionario il quale chieda la concessione di un permesso allo scopo di curarsi di una tubercolosi, importa 50 franchi per l'esame clinico e radiografico; se si rende necessaria una figura che riproduca schematicamente l'esame radiologico, è stabilita un'indennità supplementare di 50 franchi. La radiografia del torace, senza informazioni, importa 160 franchi. L'esame batterioscopico dell'espettorato è computato 40 franchi. L'inoculazione di cavie 150 franchi; essa comprende l'osservazione degli animali, l'autopsia e la ricerca dei bacilli nei visceri e nei gangli linfatici. Il medico tisiologo e il medico che normalmente fa parte di una speciale Commissione di riforma (istituita con decreto 10 dicembre 1929, art. 3), riceveranno un'indennità di 5 franchi per ogni soggetto esaminato e non inferiore a 20 franchi per sessione. In caso di visita fuori della residenza del medico, questi riceverà un'indennità di franchi 21,50 se l'assenza supera 7 ore ma resta inferiore a 12; di franchi 43 per visite comprese tra 12 e 18 ore; di franchi 68 per visite superiori a 18 ore e contenute entro 24 ore; inoltre verranno rimborsate le spese di trasporto. I tisiologi incaricati della visita di candidati a impieghi amministrativi dello Stato, riceveranno la somma di 100 franchi ogni ora spesa nell'esame clinico e radioscopico di 4 candidati; se non sarà possibile di comporre questo numero, la rimunerazione sarà di 30 franchi per ogni esame.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AOSTA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Direttore sanitario del consorzio e del dispensario; proroga a ore 18 del 30 nov. Rivolgersi Segreteria, presso gli Uffici della Provincia.

BARI. *R. Prefettura.* — Ufficiale Sanitario e Capo dell'Ufficio d'Igiene del comune di Monopoli. Per titoli ed esami. Stipendio annuo L. 14.000 aumentabile a L. 21.000 per effetto di 5 aum. quadr. del decimo dello stipendio iniziale. Divieto libero esercizio profess. ed obbligo di eventuali funzioni di Medico del porto. La domanda ed i documenti, l'elenco dei quali con tutte le altre modalità possono rilevarsi dal bando di concorso da richiedersi alla R. Prefettura di Bari (Ufficio del Medico Provinciale), debbono pervenire all'Ufficio suddetto non oltre le ore 12 del 20 novembre.

BERGAMO. *Ospedale Maggiore « Principessa di Piemonte ».* — Primario tisiologo; proroga a ore 12 del 15 nov.

CARPI (*Modena*). — A tutto 31 dic., 5ª condotta rurale; L. 9000 oltre L. 2500 trasp., L. 600 ambulatorio, L. 930 indenn. supplement. provvisoria, c.-v., 10 bienni ventesimo; ritenute 12 %.

CASTEL SAN VINCENZO (*Campobasso*). — Seconda condotta in frazione Pizzone, distante Km. 5,500 dal capoluogo. Stipendio annuo L. 5852 al lordo delle ritenute C. P. e R. M. Indennità cavalcatura L. 500. Scadenza 26 dicembre. Per altri chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

CERANO (*Novara*). — Scad. 15 nov.; rivolgersi Segreteria.

COLLE D'ELSA (*Siena*). — Scad. 10 nov.; 2 condotte; L. 8500 e 6 quadrienni dec., oltre L. 3500 cavalc., c.-v.; decurtazioni 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

JERZU (*Cagliari*). — Scad. 30 nov.; L. 9000 oltre L. 500 assegno carcere mandament., c.-v.; riduzione 12 %.

LUCCA. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Assistente della Sezione Medico-Micrografica dei Laboratori Provinciali d'igiene e profilassi. Stipendio L. 9000, elevabile a L. 13.500 mediante cinque aumenti del decimo, di cui due quadriennali e tre triennali. Indennità di serv. attivo L. 1900, e quella temporanea di caro-viveri come per gli altri dipendenti provinciali. Il tutto decurtato della detrazione del 12 %, di cui al R. D. Legge 20 novembre 1930, N. 1491, ed al lordo delle prescritte ritenute per imposta di R. M., Cassa Pensioni e Istituti di previdenza obbligatori. Età massima a. 35, salvo eccezioni legge. Domanda in bollo da L. 3 al Preside della Provincia entro le ore 17 del giorno 15 dicembre 1931, corredata dei documenti, di cui all'art. 8 del R. D. 16 gennaio 1927, N. 155. Tassa di concorso L. 50. Per maggiori schiarimenti rivolgersi alla Segreteria Generale della Provincia.

MALO (*Venezia*). — Scad. 10 nov.; 2° reparto; chiedere avviso.

MILANO. *Istituti Ospitalieri.* — Scad. 30 nov.; 4 assistenti interni nel Sanatorio Vitt. Em. III presso Garbagnate Milanese. Rivolgersi alla Direzione.

MONOPOLI. — (Vedi BARI).

PIZZONE (*Campobasso*). — (Vedi CASTEL SAN VINCENZO).

ROMA. *Ministero dell'Interno.* — Concorsi a 18 posti di medico provinciale aggiunto di 2ª Classe nell'Amministrazione della Sanità Pubblica, a tre posti di assistente medico ed uno di assistente veterinario presso il Laboratorio di micrografia e batteriologia della Direzione generale della Sanità Pubblica. Rivolgersi alla Direzione predetta.

SAMASSI (*Cagliari*). — Scad. 15 nov.; L. 7920 e c.-v. Servizio nella bonifica di Pimpisu; spese di trasp. carico Direzione.

SAN LORENZO AL MARE (*Imperia*) e frazione CIVEZZA (residenza pel medico). — Stipendio annuo L. 7894 aumentab di un ventesimo per ogni biennio e per dieci anni. Indennità L. 1000 per cavalcatura e L. 500 annue per funzione Uff. Sanitario, più caro-viveri di legge. Stipendio e indenn. sono al lordo delle ritenute di legge. Scadenza 30 novembre.

S. URBANO (*Padova*). — A tutto 10 nov.; 2ª cond.; L. 9000 per 1000 pov., addizion. L. 5, cavallo lire 3000, ambulat. L. 600; riduz. 12 %; alloggio dietro canone di L. 1000; 5 quadrienni dec.; c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

SONDRIO. *Amministrazione Provinciale.* — Medico direttore del locale Ospedale Psichiatrico Provinciale. Termine utile per la presentazione dei documenti 30 novembre. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale di Sondrio.

TERAMO. *Amministraz. Provinc.* — Direttore della Sez. med.-micrograf. del Laborat. d'igiene e profilassi. Ulteriore proroga al 10 nov., ore 12.

TRAPANI. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Vita; scad. 30 nov.; L. 6000 ridotte del 12 %. Rivolgersi Ufficio provinciale sanitario.

VERCELLI. *Amministrazione Provinciale.* — Due posti per titoli ed esami: Direttore e Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio di Igiene e Profilassi: *a*) Direttore, stipendio lire 19.000, indennità L. 3000; *b*) Coadiutore, stipendio L. 17.000, indennità L. 2000 annue lorde, ridotte del 12 %.

Sei aumenti quadriennali del decimo sullo stipendio. Scadenza ore 12 del 28 novembre 1931.

Documenti prescritti dall'art. 8 del R. D. 16 gennaio 1927, N. 155, oltre copia dello stato di servizio per chi abbia prestato servizio militare. Assunzione del servizio entro 30 giorni dalla nomina. Regolamento e condizioni visibili presso la Segreteria provinciale nelle ore d'ufficio.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

L'Associazione francese di chirurgia, in occasione del suo recente Congresso, ha eletto vice-presidenti onorari: Alessandri di Roma, de Quervain di Berna, Jacobovici di Cluj, Jiano di Bucarest, Hanssen di Copenaghen, Mayer di Bruxelles, Schoemacher di La Aja e altri eminenti chirurgi.

La Società ungherese di stomatologia, in occasione del Congresso di Budapest, ha conferito il premio triennale Arkövy (medaglia d'oro) al dott. Chompret, stomatologo degli Ospedali di Parigi.

Il Reale Collegio dei Medici di Londra ha conferito la medaglia Baly al dott. Walter B. Cannon, professore di fisiologia a Boston.

Nel 1932, quando verrà inaugurato il nuovo Centro medico ospedaliero-universitario Cornell a New York, avverranno vari cambiamenti nel personale insegnante. Tra l'altro, il prof. Eugene L. Opie, attualmente a Filadelfia, assumerà la cattedra di patologia, in sostituzione del prof. James Ewing, che avrà raggiunto i limiti d'età. Il prof. James M. Neill, attualmente a Nasheville, assumerà la cattedra di batteriologia e immunologia, in sostituzione del prof. William J. Elser, che manterrà la direzione dell'Istituto di patologia applicata e batteriologia. Il prof. Herbert Gasser, attualmente a Washington ove è titolare della cattedra di farmacologia, assumerà la cattedra di fisiologia, in sostituzione del prof. Graham Lusk, che si ritira.

Il dott. Clarence O. Cheney è nominato direttore dell'Istituto psichiatrico del centro medico-universitario Columbia a New York, in sostituzione del prof. Georg H. Kirby, che si ritira per dedicarsi alla pratica privata.

Il dott. William Gerry Morgan, professore di gastro-enterologia alla Scuola medica dell'Università della Columbia a Georgetown, è nominato decano della Scuola stessa.

Il dott. Julio García Otero è nominato presidente della Società di Tisiologia dell'Uruguay.

Il dott. H. F. Laurell è nominato titolare della cattedra di radiologia medica, istituita *ad personam* presso la Facoltà medica di Upsala.

Il prof. M. Jessner è nominato titolare di dermatosifilologia a Breslavia, in sostituzione del prof. J. Jadassohn, che è collocato a riposo col titolo di emerito.

Il prof. J. de Daranyi, titolare d'igiene a Szeged, è chiamato allo stesso insegnamento in Budapest.

La dott.a Helen Wastl, dell'Istituto psicologico di Vienna, è nominata professore di fisiologia alla Scuola medica femminile di Pennsylvania in Filadelfia.

Il dott. Richard Wagner di Graz è nominato titolare di fisiologia.

Il prof. H. Kleinschmidt, di pediatria ad Amburgo, è chiamato a Colonia.

Il prof. C. McNeil è nominato titolare di pediatria a Edimburgo.

La Facoltà di farmacia di Parigi ha chiamato il prof. Lutz alla cattedra di crittogamia e microbiologia, il prof. Fabre alla cattedra di tossicologia.

NOTIZIE DIVERSE.

Anno X.

L'azione del fascismo si amplifica. Tutta la vita nazionale ne viene rinnovata.

Il lavoro compiuto dal Regime con alacrità ed energia nel campo legislativo, sociale, tecnico e nelle opere pubbliche, rinsalda e consolida la fede nel suo avvenire. L'Italia oggi è in ascesa continua: perciò la data fatidica del 28 ottobre fa vibrare d'entusiasmo gl'italiani, stretti intorno al Duce.

Congressi medici italiani.

I congressi medici svoltisi a Bari (medicina interna, chirurgia e urologia), Milano (ostetricia e ginecologia, ortopedia), Genova (dermosifilografia) e Roma (oftalmologia), costituiscono le maggiori manifestazioni culturali di questi giorni nella medicina italiana.

In conformità alle nostre tradizioni, ne pubblicheremo dei resoconti riassuntivi, con finalità pratiche; in essi faremo posto anche a sobri cenni di cronaca. Cominciamo da questo numero (p. 1632).

2° Congresso internazionale di patologia comparata.

Si è tenuto a Parigi dal 14 al 18 ottobre.

La cerimonia inaugurale ha avuto speciale solennità. V'intervennero il presidente della repubblica, il ministro del lavoro Landry, il direttore dell'igiene Serge Gas per il ministro dell'igiene, impossibilitato a presenziare la cerimonia, i direttori dei servizi sanitari dell'esercito e della marina Cadiot e Oudart, il presidente dell'Accademia di medicina de Lapersonne e molte altre personalità. Tenne il discorso inaugurale il prof. Achard; parlarono poi vari delegati stranieri. Particolarmente applaudito, il prof. Sanarelli inneggiò alla solidarietà tra i popoli e alla cooperazione tra le scienze biologiche. Da ultimo il ministro Landry lumeggiò l'importanza economica e sociale degli studi di patologia comparata.

10° Congresso nazionale di medicina del lavoro.

Il 10° Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina del Lavoro sarà tenuto a Milano durante il periodo della Fiera e precisamente nei giorni 23-25 aprile 1932. Le trattazioni avranno luogo nell'aula della Clinica del Lavoro. I temi all'ordine del giorno sono i seguenti: 1) « Il lavoro intellettuale »; relatori: prof. Luigi Ferrannini (Catania), prof. Sante De Sanctis (Roma); 2) « Patologia da solventi e misure igieniche e profilattiche », relatori: prof. Luigi Carozzi (Ginevra), prof. Giovanni Loriga (Roma), prof. Antonio Nebuloni (Milano); 3) « Il lavoro nei campi (patologia, igiene, legislazione sociale) », relatori: dott. Giovanni Caso (Napoli), dott. Noviello Luigi (Napoli), prof.a Sorrentini Emilia (Roma), prof. Giuseppe Aiello (Milano), on. prof. Nicola Castellino (Napoli).

Sede del Comitato, Segreteria ed Economato presso la Clinica del Lavoro, Milano, via S. Barnaba 8. Tassa di iscrizione L. 25 per i non soci (con diritto agli atti).

2ª Giornata nazionale del reumatismo.

Il seguente ordine del giorno fu votato all'unanimità il 10 ottobre, dopo avere udito le esposizioni dei signori proff.: A. Pepere, A. Ceresoli, P. Locatelli, P. Rondoni, L. Devoto, R. Massione, comm. rag. Fasana, presidente dei RR. Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano:

« I partecipanti alla 2ª Giornata del reumatismo, tenutasi a Salice-Milano, si inchinano reverenti alla memoria di Antonio Dionisi, Accademico d'Italia, e segnalano alla gioventù studiosa la insigne figura dello Scienziato caduto insegnando;

proponogno la istituzione nei capoluoghi di Provincia di un comitato per il Reumatismo col compito di organizzare campagne contro le malattie reumatiche, indicendo corsi rapidi, ecc.;

riconfermano la opportunità della istituzione di dispensari od ambulatori gratuiti nelle ore non lavorative per le persone del popolo sofferenti di manifestazioni reumatiche;

raccomandano alle Direzioni ospedaliere e ad altre Istituzioni che ospitano infermi di reumatismo articolare acuto di far seguire i convalescenti dimessi, salvo designarli o indirizzarli al comitato locale per il reumatismo;

ringraziano il Comitato delle Ricerche e la Società per il Progresso delle Scienze per il patronato concesso agli studi sul Reumatismo;

e fanno voti che gli studiosi italiani partecipino numerosi sia con ricerche originali, sia con dati statistici riguardanti la diffusione delle malattie reumatiche in Italia, alla conferenza internazionale del Reumatismo di Roma (maggio 1932);

e plaudendo alla Spett.le Amministrazione dei RR. Istituti Clinici di Milano che intitola ad Antonio Dionisi una delle Sale di Salice e mantiene aperto anche nella stagione invernale il suo Istituto « Carta del Lavoro » ammettendovi le forme reumatiche, segnala questa iniziativa, perchè in altre parti d'Italia sorgano istituzioni per l'assistenza balneo-climatica ai colpiti da malattie reumatiche ».

Convegno aero-medico americano.

L'Associazione aero-medica degli Stati Uniti ha tenuto il suo terzo convegno annuale a Kansas City, dal 6 all'8 settembre. Il colonnello medico Glenn I. Jones, direttore della divisione medica dell'armata aerea, ha riferito sul tema « Problemi militari nella medicina dell'aviazione »; i dottori Wade H. Miller e A. Morris Tjinsberg trattarono dei « Cambiamenti metabolici e serologici nella fatica da volo »; il dott. Harold J. Cooper svolse il tema « Difetti fisici e attitudine al volo ». L'ultimo giorno ebbe luogo una seduta in comune con la Società Medica Jackson.

Scuola di perfezionamento in radiologia medica a Roma.

La Scuola, annessa all'Istituto di radiologia medica della R. Università di Roma, ha la durata di due anni. Gl'iscritti hanno l'obbligo di frequentare i corsi di radiologia medica, e speciali conferenze ed esercitazioni. Durante tutto il biennio presteranno a turno servizio nei diversi reparti dell'Istituto.

Le iscrizioni terminano col 30 dicembre. Tasse complessive L. 2905, da versarsi al Banco di Santo Spirito (sede di Roma, via del Gesù 63).

Per informazioni e programmi rivolgersi al direttore della Scuola, prof. A. Busi.

Scuola di perfezionamento in ostetricia e ginecologia a Siena.

Riprenderà il suo funzionamento il 30 novembre.

La scuola ha la durata di quattro anni; si può essere esonerati da uno o due anni.

Chiedere annunzio alla Segreteria della Facoltà di medicina. Per informazioni rivolgersi al direttore della Scuola, prof. Francesco Spirito, direttore dell'Istituto di ginecologia e ostetricia della R. Università di Siena.

Per il Policlinico di Bari.

Lo scorso anno fu esposto un prospetto provvisorio del Policlinico di Bari. Quest'anno il Comune, d'intesa con la Amministrazione Provinciale, ha potuto esporre il progetto completo del grandioso stabilimento che è destinato a risolvere secondo le moderne e più complesse esigenze il problema ospedaliero e quello universitario. È stato redatto dall'arch. Giulio Marcovigi di Bologna e comprende 21 corpi di fabbrica ove, conciliate le esigenze tecnico-igieniche con quelle estetiche e spirituali dell'ambiente, debbono trovare posto l'amministrazione, l'ambulatorio con astanteria, la medicina (reparto clinico-ospedaliero e patologia speciale medica), la chirurgia (reparto clinico-ospedaliero, patologia speciale chirurgica, clinica otorinolaringoiatrica e odontoiatrica), un istituto radiologico centrale, le cliniche oculistica, dermosifilopatica, ortopedico-traumatologica, pediatrica, ostetrico-ginecologica, neuropatologica con relativa astanteria, gli istituti anatomici e reparto mortuario, un lebbrosario, un padiglione di segregazione, il brefotrofio, i servizi generali, ecc.

Stazione di ricerche chirurgiche a Londra.

È stata collocata la prima pietra della Stazione di ricerche chirurgiche, di cui abbiamo già dato notizia.

L'Istituto sorgerà in un'area di 13 ettari, annessa alla casa di Darwin. È dovuto alla liberalità del dott. George Buxton Browne, urologo ritiratosi dalla pratica.

Nel discorso di circostanza, il presidente del Reale Collegio dei Chirurgi, lord Moynihan, lumeggiò e documentò l'importanza grandissima assunta ormai dalla chirurgia sperimentale: a volte poche esperienze sugli animali fanno progredire la chirurgia più che tutta una vita spesa nella chirurgia umana. Ricordò, a tale riguardo, l'esempio di John Hunter. Aggiunse che occorre, però, di mantenere la correlazione tra clinica, ospedale e laboratorio.

Nuovo Istituto fisiologico a Utrecht.

È stato inaugurato a Utrecht un nuovo Istituto fisiologico, eretto in prevalenza con fondi elargiti dalla Fondazione Rockefeller. Esso è dotato d'installazioni speciali, tra cui notevoli quelle di radiografia, per lo studio del metabolismo, per lo studio della fisiologia dei suoni ecc. All'inaugurazione il direttore, prof. A. K. M. Noyons, lamentò la difficoltà di reclutamento di un personale assistente idoneo ed espresse l'augurio che in avvenire si riesca a formarlo.

Istituto oto-rino-laringologico in Ucraina.

È stato fondato di recente a Charcow, in grande stile; risulta di varie Sezioni: di clinica, di fisiologia, di chirurgia operativa, di patologia sociale, un laboratorio, un museo, una biblioteca, un'officina di riparazioni. È stato anche organizzato un ufficio di consultazioni di cui possono valersi i medici della provincia.

L'Istituto ha iniziato lo studio di vari problemi: patogenesi delle malattie delle vie respiratorie; sordo-mutismo; razionalizzazione scientifica del servizio di sanità nel campo dell'oto-rino-laringologia; ecc.

È in progetto una scuola per conferire il titolo di specialista.

L'officina di riparazioni sarà presto messa in grado di fabbricare strumenti e apparecchi.

Istituto odontoiatrico a Berlino.

Il sig. Julius Rosenwald di Chicago ha offerto al sindaco di Berlino, pel tramite dell'ambasciatore degli Stati Uniti Sackett, la somma di un milione di dollari (pari a circa 20 milioni di lire it.) per la costruzione e il funzionamento di un Istituto dentario, destinato ai ragazzi dell'età di 3 a 16 anni. Esso verrà organizzato col concorso del dott. Harvey S. Burkhart, direttore dell'Istituto odontoiatrico fondato da George Eastman a Rochester (Stati Uniti).

Affollamento negli Ospedali di New York.

L'Ufficio per gli Ospedali municipali di New York ha chiesto un aumento di 5.800.000 dollari, pari a 110 milioni di lire it., nel bilancio del 1932, per fronteggiare le crescenti richieste di assistenza negli ospedali cittadini, che ora sono sovraffollati. Il bilancio verrebbe, così, portato a circa dollari 25.400.000, pari a circa mezzo miliardo di lire it.

La relazione che accompagna la richiesta rileva come gli ospedali cittadini ospitino ora circa il 25 % in più di ricoverati di quanto non comporti la loro capacità normale. Nel 1931 si è avuta la presenza media di 17.331 ricoverati al giorno, contro 15.495 nel 1930 e 13.945 nel 1929; negli ambulatori furono fatte 1.347.662 visite nel 1930, contro 1.016.982 nel 1929.

A determinare l'incremento, ha parte la crisi economica.

Donazioni e lasciti.

La contessa Ida Gallo ha donato alla provincia di Ancona una splendida villa, cui è annesso un vasto parco, a 7 chilometri da Osimo. Vi troverà sede un sanatorio antitubercolare, che sarà intitolato al compianto coniuge della donatrice, Muzio Gallo, il quale apparteneva ad una delle più antiche famiglie della nobiltà marchigiana e fu deputato di Ancona.

L'Ospedale Piemonte di Messina è venuto in possesso del patrimonio lasciato dall'avv. Cucinotta e del quale aveva l'usufrutto la vedova signora Savojà, testè defunta. Il patrimonio consiste di L. 500.000 in titoli di rendita e tre fondi rustici. La Savojà ha lasciato inoltre, del suo, altre 100.000 lire allo stesso Ospedale.

Il sig. J. Compte y Viladomar ha donato 500.000 pesetas, ossia circa 1 milione di lire it., alla Giunta per la Lotta contro il cancro in Barcellona, onde si faccia acquisto di radium e si fronteggino altre necessità nella cura dei cancerosi. L'anno scorso lo stesso filantropo aveva donato una pari somma all'Ospedale Clinico di Barcellona.

Il « British Royal Institute of Cancer » ha ricevuto la somma di 25.000 sterline, pari a circa 2 milioni di lire it., per la creazione di un posto di studio in radiologia medica.

Esami di Stato.

Con ordinanza ministeriale del 22 ottobre, sono fissate le seguenti sedi di esame per l'abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo: RR. Università di Bari, Cagliari, Catania, Milano, Modena, Napoli, Perugia, Roma, Siena, Torino.

Corso per medici di bordo in Inghilterra.

Accogliendo le proposte avanzate dall'Ufficio internazionale d'igiene pubblica su relazione del dott. A. Lutrario, e aderendo alle raccomandazioni di un Comitato di rappresentanti delle Compagnie di navigazione, si è tenuto in Inghilterra un corso per medici di bordo.

L'organizzazione del corso è stata fatta d'intesa tra il Ministero di Sanità, la Scuola d'igiene e medicina tropicale di Londra, la Società dell'ospedale per gli uomini di mare a Greenwich e l'Associazione Medica Britannica. Il corso comprende l'igiene navale e la medicina e l'igiene tropicali.

Esso si è svolto nell'Università di Londra e si ripeterà negli anni prossimi. Si è preconizzata l'istituzione di un corso del genere anche a Liverpool.

In altri Paesi si comincia pure a prospettare l'opportunità di organizzare di corsi per medici di bordo.

È questo un segno assai confortevole. Col progredire della tecnica, che mette a disposizione delle innumeri falangi di viaggiatori mezzi sempre più perfetti di trasporti collettivi, va elevandosi anche il livello culturale e l'efficienza dei medici navali, sull'esempio di alcune Nazioni antesignane, prima fra esse l'Italia, che per le funzioni di tali sanitari richiedono un grado d'istruzione e di competenza adeguato alle nuove necessità del traffico.

La Croce Rossa spagnola.

È passata, con tutti i suoi servizi (ospedali, consultori, dispensari ecc.), alla immediata dipendenza della Direzione generale di sanità, che ne curerà e ne disciplinerà l'ordinamento, ai fini di accrescerne l'efficienza.

Il monumento alla memoria di Luigi Mangiagalli.

Con cerimonia austera, resa più solenne dall'intervento delle autorità e dalla presenza degli ostetrici ginecologi adunatisi da ogni parte d'Italia per il loro 30° congresso, il 18 ottobre fu inaugurato, nella sala d'ingresso della Clinica ostetrica di Milano, un monumento in memoria di Luigi Mangiagalli: si tratta di un altorilievo di valore simbolico, opera insigne dello scultore Arrigo Minerbi.

Parlarono il comm. Fasana, presidente degli Istituti Clinici, il sen. Pavia, presidente del Comitato per il monumento, il prof. Alfieri, direttore attuale della Clinica, e il Prefetto, che portò l'adesione del Governo.

Dopo, nell'anfiteatro della Clinica ebbe luogo la seduta inaugurale del Congresso, con discorsi del sen. Pestalozza, del Podestà duca di Modrone, dei proff. Livini, Alfieri, C. Micheli. Ce ne occuperemo prossimamente.

2° Centenario dell'Accademia Reale di Chirurgia in Francia.

In occasione del 40° Congresso francese di chirurgia, l'Académie de médecine » e la « Société nationale de chirurgie » hanno tenuto, il 7 ottobre, un'adunanza in comune, per commemorare il 2° centenario di fondazione dell'« Académie royale de chirurgie ». Alla cerimonia intervennero il presidente della Repubblica, altre altissime autorità e personalità scientifiche. Parlarono i presidenti dell'Accademia di medicina e della Società di chirurgia, de Lapersonne e Lenormant; poi il prof. Faure tenne il discorso commemorativo ufficiale. Risulta che la data di fondazione dell'Accademia reale di chirurgia, 1731, può essere considerata come l'inizio dell'èra moderna per la chirurgia francese. Nel 1793 questo sodalizio venne soppresso dalla Convenzione, perchè sovvenzionato dallo Stato. Quando però, nel 1820, fu creata l'Accademia di medicina, che ereditò quasi tutte le stesse prerogative, parecchi ex-membri della Accademia disciolta vennero chiamati a farne parte. Molti chirurgi rimanevano fuori; onde nel 1843 sorse la Società di chirurgia. I due nuovi enti si considerano come continuatori dell'antica e dissolta accademia reale: onde si sono riuniti per commemorarne la fondazione.

Commissione per lo studio dei nuovi rimedi in Inghilterra.

Il « Consiglio delle Ricerche Mediche » dell'Inghilterra ha nominato una Commissione per lo studio dei nuovi rimedi; è costituita di 9 membri ed è presieduta dal prof. T. R. Elliott. La Commissione potrà chiedere il concorso di esperti, di istituti, di cliniche.

Gli esami compiuti avranno, manifestamente, molta importanza nell'accreditare rimedi di valore e nell'eliminare dal mercato rimedi inutili o dannosi. Invece oggi i medici sono costretti a basarsi in gran parte sui dati della pubblicità, generalmente esagerati e talvolta falsi; ovvero su memorie che a volte nascondono intendimenti pubblicitari e recano dati inesatti o non sicuri.

Comitati per la paralisi infantile a New York.

Il Servizio di Sanità pubblica e la Società Medica dello Stato di New York hanno nominato ciascuna un Comitato per lo studio dei mezzi atti a contrastare l'epidemia di paralisi infantile. I due Comitati sono presieduti rispettivamente dai dottori T. M. Farmer e C. Hendee Smith.

La paralisi infantile è ora in notevolissima diminuzione nello Stato.

Giornata antitubercolare nel Giappone.

Una circolare del ministero dell'interno giapponese stabilisce che tutti gli anni, in tutto l'impero, la giornata del 27 aprile debba essere destinata alla propaganda contro la tubercolosi. Questa malattia determina attualmente, nell'impero, una mortalità di circa 1,5 per mille abitanti ogni anno.

Emodiagnosi del cancro?

Il dott. S. G. T. Bendien, olandese, ha ideato un esame del sangue, il quale permetterebbe di riconoscere se questo appartiene ad un soggetto sano o malato ed, in secondo tempo — mediante la spettroscopia con i raggi ultra-violetti — se il sangue anormale appartiene ad un canceroso. Egli ha descritto il metodo in un libro, « Spezifische Veränderung des Blutserums », il quale non ha richiamato l'attenzione della stampa medica ed è

stato criticato. Il Bendien lamentava che l'importanza della sua scoperta non fosse riconosciuta.

Trovandosi a Londra, questi si è messo in rapporto con la « British Empire Cancer Campaign », che ha sottoposto il metodo ad un esame rigoroso: ha affidato al Bendien 21 sieri, di cui 2 appartenenti a persone normali, 5 a cancerosi, 14 a malati vari. Il Bendien ha riconosciuto esattamente i 2 sieri normali, i 5 di cancerosi e 13 di malati vari; il siero rimanente lo attribuì ad un canceroso. Avendo la Commissione ripreso in esame il soggetto, ha trovato che questa diagnosi era esatta. La Commissione ha concluso che si tratta di un progresso definito nel campo della medicina.

Ulteriori notizie, però, recano che nuove prove non hanno corrisposto: il Presidente della Commissione ha dichiarato che, malgrado i risultati dei primi esperimenti, il metodo non può essere attualmente accettato.

Il prof. Donati nel Brasile.

Abbiamo dato notizia di un ciclo di conferenze che il prof. Mario Donati è stato chiamato a tenere in Argentina. Aggiungiamo che poi è stato invitato nel Brasile, ove ha pure riportato un pieno successo

In tema di economie.

La quota capitaria per i medici inglesi iscritti nelle assicurazioni, è stata ridotta da 9 scellini (non oltre 2 sterline, come venne erroneamente pubblicato da alcuni giornali e anche da noi) a 8 scellini. Al cambio attuale, questa quota corrisponde a 30 lire it.

Deficienza di medici nell'esercito inglese.

Il Governo inglese ha nominato una Commissione per indagare sulle cause che determinano la penuria di medici militari. Evidentemente le condizioni di compenso e di carriera non sono tali da attrarre i giovani medici, mentre molti già in carriera la abbandonano: è così che i quadri non possono più essere coperti.

Il problema ha sollevato vive discussioni. Il col. med. A. R. Henchley, che ha una lunga esperienza, ha avanzato alcune proposte, le quali ottengono consenso: fondere i servizi sanitari dell'esercito, della marina e dell'aeronautica, così da risparmiare molte spese di funzionamento; istituire dei convalescenziari, così da alleggerire gli ospedali; unificare i servizi d'igiene e d'assistenza: per tal modo si potrebbe ridurre molto il personale e compensarlo meglio, senza aggravio pel bilancio; un personale meglio retribuito può essere anche meglio selezionato.

Il processo di Lubecca.

Va svolgendosi, presso la Corte correzionale del Tribunale regionale di Lubecca, il processo per la morte tragica di numerosi bambini vaccinati contro la tubercolosi. Imputati sono il dott. Altstaedt, direttore del servizio sanitario della città; il prof. Deycke, direttore dell'Ospedale municipale; il prof. Klotz, medico capo dell'Ospedale infantile; l'infermiera Anna Schutze, che da 18 anni adempiva le funzioni di aiuto nel laboratorio municipale d'igiene. La difesa è affidata all'avv. Alsberg di Berlino ed a sei avvocati di Lubecca; la parte civile è sostenuta da sei avvocati con alla testa l'avv. Frey. Il processo si svolge nella grande sala degli sports; vi assistono molte personalità del mondo medico tedesco. Esso ha dei momenti di una drammaticità impressionante.

1ª Conferenza internazionale di medici socialisti.

Si è adunata a Carlsbad; su proposta dei dottori A. Hsor e H. Lennbach, della Danimarca, ha approvato un programma di socializzazione della medicina.

ARISTIDE MATTÒLI, libero docente di Medicina operatoria e di Clinica chirurgica, Chirurgo Primario dell'Ospedale Civile di Chieti, si è spento serenamente la mattina del 26 ottobre nella Clinica Quisisana in Roma, dove aveva sperato trovare un sollievo alle sue sofferenze.

Malato già da tempo con disturbi cardiaci, non aveva però cessato dalla sua attività chirurgica sempre alacre nell'Ospedale da lui diretto da molti anni, e solo quando la malattia si è aggravata con fenomeni di scompenso, si è deciso a prendersi quel riposo, che era ormai troppo tardi sperare potesse riuscire a migliorarlo stabilmente.

Chirurgo di alto valore, clinico corretto e pieno di quel buon senso, che oggi purtroppo va diventando raro, operatore abilissimo, avrebbe potuto ascendere a posizione scientifica di primo ordine. Ma costretto appena laureato all'esercizio pratico, dovette abbandonarne la speranza, ma la sua carriera ha dimostrato quello che può raggiungere nel campo chirurgico una intelligenza acuta nutrita di forti studi e sostenuta da ferma volontà.

Chirurgo prima a Tolentino e poi ad Ascoli, appena gli fu possibile tornò alla Clinica, donde era uscito, alla nostra scuola sotto la guida del Durante, ottenendovi la libera docenza in Medicina operatoria con una tesi sulla gastroenterostomia, che per il tempo in cui fu eseguita rappresenta un contributo di notevole valore alla chirurgia dello stomaco. Andato poi Chirurgo Primario a Chieti vi è rimasto sino all'ultimo, esempio di corretto e fortunato esercizio, acquistandosi la stima e la riconoscenza di quanti, ricchi e poveri, si giovarono dell'opera sua, e diffondendo largamente la fama del suo valore, in Abruzzo e fuori.

Da ricordare è la sua relazione alla Società italiana di chirurgia sulla chirurgia del colon; ottenne per titoli la libera docenza in Clinica chirurgica e la esercitò anche recentemente nell'Università di Perugia; appartenne con onore alla Società internazionale di Chirurgia fin dai primi anni; anche nel campo ostetrico lascia il suo nome col primo intervento di parto cesareo per placenta previa, indicazione oggi generalmente accettata.

Spirito indipendente, insofferente di soprusi, fascista convinto, nutrito di forti studi umanistici, fu tra i primi della regione abruzzese nei compiti sociali e umanitari. Fu fondatore e primo Presidente della Società medico-chirurgica dell'Abruzzo e del Molise; era Presidente dell'Ordine dei Medici di Chieti, generalmente stimato ed amato. Ha dato l'opera sua attiva durante la guerra, come volontario, prendendo parte ai gruppi chirurgici inviati in zona d'operazioni.

È morto da stoico senza lamenti, ha voluto funerali modesti nella sua Bevagna.

Vada un onorato e memore ricordo all'amico carissimo, al valoroso chirurgo, al cittadino integro e esemplare.

R. ALESSANDRI.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Indian Journ. Med. Res., lug. — G. C. MAITRA e M. L. AHUJA. Vaccinaz. colerose profilattiche. — A. DHARMENDRA. Efedra indiana.

Proc. R. Soc. Med., ag. — Discuss. sul trattamento delle emorroidi con iniezioni sclerosanti.

Arch. Mal. du Coeur ecc., lug. — T. PADILLA e P. COSSIO. Chininoterapia endovenosa in alcuni disturbi del ritmo cardiaco. — N. KISTHINIOS e D.-I. GOMEZ. Alternanze del polso. — S. MENTI. Pseudo-aneurisma del cuore da sinfisi pericardica.

Rev. Sud-Amér. de Méd. et de Chir., lug. — B. A. HOUSSAY e A. D. MARENZI. Fisiologia dei fenoli. — T. PADILLA e P. COSSIO. Fibrillaz. auricolare parossistica. — T. BATTISTINI. La verruca peruviana.

Presse Méd., 29 ag. — D. DANIELOPOLU e al. Compito del fegato nella regolaz. della vita vegetativa. — L. BINET e C. ZAMPER. Effetti del tabacco.

Gaz. d. Hôp., 26 ag. — R. LEVENT. Potere anagatossico e filassia.

Journal A. M. A., 15 ag. — R. M. WILDER. La dieta nella terapia. — S. AYRES e al. Dermatiti medicamentose.

Acta Med. Latina, mag.-giu. — N. PENDE. Fisiologia e clinica della glandola pineale.

Brit. Med. Journ., 29 ag. — G. F. GIBBERD e al. Presentaz. frontali. — R. J. CLAUSEN. Progressi dell'anestesia.

Amer. Med., ag. — J. F. W. MEAGHER. Psicologia del coito. — A. A. LEVY. Ipertens. essenziale. — E. S. HARDING Emozioni e digestioni.

Münch. Med. Woch., 28 ag. — PAUL e BABATZ. Terpeni solforati nel diabete mellito. — v. THURZÒ. Puntura suboccipitale.

Wien. Klin. Woch., 28 ag. — SCHNÜRER. Morbo di Bang nell'uomo e nell'animale.

Deut. Med. Woch., 28 ag. — HEBENSTREIT. Pneumotorace e frenicotomia combinate. — KLEINSCHMIDT. Trattam. ambulatorio delle lussazioni.

Rif. Med., 17 ag. — F. LOBEN. Il lobo della vena azigos e la sua importanza clinica. — R. BLASI. La poliposi intestinale.

Arch. It. di Urol., VI. — A. COMOLLI. Sifilide della prostata. — V. JURA. Ematuria colibacillare. — D. MUCCI. Ectopia renale crociata.

Journ. Méd., lug. — Numero sulla sieroterapia preventiva.

Arch. Mal. du Coeur ecc., ag. — A. CRESPO ALVAREZ. Aneurismi della parete del cuore. — M. STÈFA. Elettrocardiogramma nelle malattie congenite del cuore.

Rev. Neurol., ag. — J.-A. BARRÉ e M. KLEIN. Reazioni vestibolari nei tumori degli emisferi cerebellari. — G. HEUYER e al. Macrogenitosomia precoce.

Journ. Med. Ass. South Afr., ag. — R. GEERLING. Diagn. dei tumori del midollo spin.

Minerva Med., 25 ag. — G. BOATTINI. Azione ipoglicemizzante dell'acido cloridrico nel diabete mellito.

Arch. di Ost. e Gin., ag. — CELENTANO. Gli organi ematopoietici in gravidanza.

Rass. Internaz. di Clin. e Ter., 15 ag. — G. PANSINI. Acetilcolina per via endovenosa.

Dermosifilografo, ag. — R. CASAZZA. Diffusione di molluschi contagiosi in un gruppo di lottatori.

Rev. Méd. de Barcelona, lug. — D. MOXO QUERI. Complicazioni digestive dell'influenza.

Haematologica, Arch. V. — G. BOATTINI. Linfoadenosi mielotossica. — E. BRACALONI. Morfologia dei macrofagi.

Riv. Sanit. Sicil., 15 ag. — A. VITALE. Studio della funzione secretoria dello stomaco.

Zeitsch. f. Kreislauff., 1 sett. — A. FERRANNINI. Angioipotonia costituzionale.

Spitalul, sett. — I. MOSCO. Anomalie ureterali e infezioni renali. — N. VASILESCU e D. BORS. Emottisi omolaterali durante il pneumotor.

Journ. A. M. A., 22 ag. — C. R. MOORE. L'ormone sessuale maschile. — R. LATOU DICKINSON. Analisi medica di mille matrimoni.

Minerva Med., 1 sett. — E. ANTONIAZZI. Eosinofilia postpneumotoracica. — G. GIAUNI. Sindromi emoginico-emofiliche.

Indice alfabetico per materie.

V. ASCOLI †, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII — Roma, 9 Novembre 1931 - X — Num. 45

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

Istituto di Clinica Pediatrica della R. Università di Roma.

Direttore: prof. L. SPOLVERINI.

Contributo alla conoscenza delle nefropatie da piodermiti.

Dott. C. CATTERUCCIA.

La correlazione armonica intercedente fra l'attività biologica della cute e quella degli altri organi mostra legami sempre più intimi e complessi, col progredire delle nostre acquisizioni nel campo della fisiopatologia umana.

La pelle ha, tra l'altro, rapporti importantissimi col sistema endocrino e con quello nervoso vegetativo; stimoli provenienti da essa possono influenzare persino la funzione emopoietica (Müller, Klemperer, Hahn, Rost). La sua attività come organo di ricambio e di difesa (meccanica, fisico-chimica, immunitaria) si ripercuote in modo particolare sulla funzionalità renale.

Se a tutti ben note sono le gravi alterazioni del rene in dipendenza di estese lesioni cutanee da agenti fisico-chimici o consecutive ad assorbimento percutaneo di determinate sostanze tossiche, non altrettanto conosciute sono le compromissioni di tale organo in diretto rapporto a lesioni epidermiche di natura microbica molto meno cospicue o addirittura insignificanti.

Nel gruppo delle dermatiti coccogene esistono forme, le quali con relativa facilità danno complicanze renali di varia entità, fino a veri processi infiammatori acutissimi dei glomeruli e del tessuto interstiziale. Tra queste forme la più incriminata sembra l'impetigine (*impetigo vulgaris* o streptococcica, *impetigine di Bochkardt* o stafilococcica); vengono poi gli eczemi impetiginoidi o impetiginizzati, l'ectima, le varietà di piodermiti banali più o meno cospicue. Naturalmente non ci interessano qui le complicanze renali di altre affezioni cutanee, come la dermatite esfoliativa di Ritter, il pemfigo, la psoriasi, ecc.

Abbiamo già detto come lesioni settiche superficiali, a sede addirittura epidermica ed anche pochissimo estese, possano determinare gravi alterazioni renali. Aggiungiamo che le

dermatiti microbiche interessanti gli strati più profondi e gli annessi ghiandolari danno con minore frequenza complicanze di tale entità.

L'impetigine è appunto un'affezione a sede epidermica, invade cioè soltanto lo strato corneo ed i piani più superficiali dello strato spino-cellulare. Le erosioni tipiche di tale affezione passerebbero quasi inosservate, se, come rileva il Rost, non fossero coperte da croste di siero disseccato.

Nefriti da impetigine furono già osservate dal Salvioli e descritte nel 1879. Successivamente forme consimili sono illustrate da Marfan, Concetti, Spolverini, Filia, Hutinel, Cazal, Guaita, Cuiard, Nageotte, Pollini, Hunkeimer, Eichhorst, Husler, Artom. Qualche autore solleva dei dubbi circa l'eziopatogenesi di tali nefriti ritenendo persino che la lesione cutanea sia una complicanza dell'affezione renale, provocata cioè da tossine non eliminate con l'escrezione urinaria (Duval, Boyer). Ma, se effettivamente in certi casi una dermatite può essere messa in relazione con una nefropatia, si deve anche ammettere senz'altro l'esistenza di affezioni renali acute sicuramente dovute all'impetigine.

Alcuni considerano come particolari entità nosologiche, a caratteri propri ben definiti, le forme in dipendenza della piodermite in parola e le distinguono, secondo i diversi criteri, in nefriti *cloruremiche*, *ipertermiche*, *azotemiche*, *emorragiche*, oppure nelle tre varietà: *emorragica*, *prevalentemente interstiziale*, *purulenta*. In taluni casi può aversi nefrosi. Talvolta si tratta di affezioni miste.

La più frequente sembra che sia la nefrite emorragica.

Anche negli esiti migliori della malattia restano facilmente dei postumi più o meno latenti, che possono predisporre a gravi alterazioni ulteriori del rene. Secondo Heubner ed altri, nello studio delle nefriti interstiziali croniche dell'adulto si dovrebbero prendere in considerazione le eventuali impetigini sofferte nell'infanzia.

Quali le ragioni per cui, più facilmente che le altre dermatiti microbiche, l'impetigine determina gravi lesioni renali, pur costituendo un'affezione di modesta entità clinico-anatomica?

Perchè il bambino ha una particolare recettività per le piodermiti in genere e per l'impetigine in ispecie, e più facilmente che l'adulto presenta complicanze renali in dipendenza di queste affezioni cutanee?

Le relative possibili spiegazioni si basano su svariati elementi riguardanti i fattori patogeni diretti, le caratteristiche individuali e le condizioni di vita proprie dell'età infantile.

È notorio come tra le particolarità biologiche dei germi esista il cosiddetto *organotropismo*, che varia da una specie microbica all'altra. Così, fra i piococchi ospiti della cute, gli stafilococchi si localizzano a preferenza negli annessi ghiandolari e principalmente nei loro dotti escretori, mentre gli streptococchi rifuggono da tali sedi (Jadassohn). Questo diverso comportamento ha un'innegabile importanza per la diffusione dei germi e delle loro tossine: gli streptococchi infatti non hanno contro la loro espansione le barriere, sia pure vulnerabili, delle pareti ghiandolari. Inoltre tali microrganismi non provocano, come gli stafilococchi, nei punti d'impianto una reazione leucocitaria intensa con formazione di essudato purulento: essi sono cioè *sierotassici* e non hanno quindi ostacoli da energiche difese tissulari. Si aggiunga la particolare, facile virulentazione degli streptococchi e potremmo spiegarci come l'impetigine, nella sua varietà più comune (*impetigo vulgaris*), sia maggiormente pericolosa per il rene in confronto di altre dermatiti microbiche. Molto raramente la nefrite è in dipendenza di impetigine da stafilococchi (Filia, Saint Philippe); qualche volta sono in campo ambedue i germi.

La facilità con cui il bambino va soggetto ad infezioni cutanee banali (dermatiti coccogene) trova la sua giustificazione nelle particolarità anatomo-fisiologiche della cute infantile, nello stato immunitario individuale, in condizioni speciali di vita frequenti soprattutto nelle classi umili (alimentazione incongrua, ambiente antigienico, scarsa pulizia, traumatismi cutanei).

La pelle del bambino è particolarmente delicata e vulnerabile per la sottigliezza dell'epidermide e del derma, per il deficiente sviluppo delle anse papillari e del sistema vasomotore, per la debolezza delle sue naturali difese istogene. Essa non è molto ricca di ghiandole sudorifere. I dotti escretori di tali ghiandole, essendo molto brevi e piuttosto ampi, sono facilmente preda di infezioni stafilococciche (*staphylodermia periporitica*).

La pelle ospita abitualmente in grande numero i germi piogeni allo stato saprofitico: Darlier ne ha contati fino a 40.000 per cmq. Tali germi sorpassano la barriera della cute, soltanto quando si verifichino lesioni anche minime dell'epidermide o degli epiteli ghiandolari. E nel bambino lesioni cutanee sono certamente più facili che nell'adulto. I linfatici inoltre offrono nell'infanzia una debole

resistenza alle invasioni microbiche, le quali, superate con relativa facilità le varie stazioni ghiandolari, guadagnano ben presto la circolazione venosa.

I germi patogeni con le rispettive eso- ed endotossine, giungendo dalla cute al rene o per la trafila dei linfatici o per essere penetrati direttamente nei capillari del derma in seguito a piccole lesioni traumatiche (grattamento, ecc.), provocano sull'organo alterazioni più o meno gravi, a tipo degenerativo o a tipo infiammatorio.

Sembra che le dermatiti microbiche del cuoio capelluto diano più facilmente complicanze renali, per la maggiore probabilità di penetrazione in circolo dell'infezione in rapporto alla ricca vascolarizzazione regionale.

Nel determinismo delle nefropatie entra, secondo alcuni, anche una certa labilità ereditaria del rene (Bode, Schoenaich, Cuiard, Nageotte).

Il pericolo di complicanze renali è ordinariamente ridotto dal fatto che i germi sono, fino ad un certo punto, resi inoffensivi dal continuo essudamento delle lesioni, per cui vengono meccanicamente ricacciati all'esterno o distrutti dall'azione litica e fagocitaria.

Il rene infantile è sensibilissimo ai diversi fattori morbigeni tossici e microbici. La nefrosi nell'infanzia è assai frequente (Canelli). Una tale vulnerabilità trova anche qui una giustificazione nelle peculiarità anatomiche e fisiologiche dell'organo.

Nel bambino il rene è più mobile che nell'adulto e presenta una maggiore lunghezza ed angolazione delle arterie emulgenti, essendo situato più in basso. La corticale renale appare quasi del tutto liscia; le papille presentano infarti urici non soltanto nei neonati, ma non raramente anche in bambini fino al secondo anno d'età (Canelli); i glomeruli hanno un diametro assai ridotto in senso assoluto (Canelli).

Il limite massimo della funzionalità renale nell'infanzia è, proporzionalmente a quello dell'età adulta, molto più basso (Finkelstein).

Dati gli stretti rapporti intercedenti fra il rene, i capillari cutanei e le ghiandole sudorifere, la patologia dell'organo è, specialmente nel bambino, legata spesso alla patologia di tali formazioni. Il Frontali in casi di nefrite emorragica ha riscontrato un'abnorme fragilità dei capillari cutanei ed una elevazione della loro pressione corrispondente all'elevazione di quella arteriosa generale (nell'adulto si ha un andamento inverso). Toepfer ha notato nel decorso di nefropatie l'esistenza di veri processi flogistici a carico dei capillari cutanei. A lesioni degenerative o interstiziali del rene possono corrispondere analoghe alterazioni delle ghiandole sudorifere (Cesaris-Demel).

Nella genesi delle nefropatie da piodermiti un fattore importante può essere rappresentato da una vera e propria capillarite cutanea, determinata dai focolai flogistici e tanto più frequente e grave quanto minore è l'età del paziente (Canelli).

Premessi questi brevi richiami di fisiopatologia cutanea e renale ed accennato sommariamente al determinismo delle nefropatie da piodermiti, riporto una serie di casi riflettenti tali forme morbose e desunti dalle cartelle cliniche del nostro Istituto (dal 1922 al 1927) e dell'Ospedale Bambin Gesù (dal 1922 al 1930) (1).

(1) Debbo alla cortesia del dott. Sante Pesci la raccolta dei casi presso detto Ospedale.

N.	Nome - Età	Data di ingresso	Anamnesi prossima	Diagnosi clinica	Annotazioni
1	M. Gino, anni 3 ½	6-I-1922	Impetigine al cuoio capelluto da una ventina di giorni	Nefrite acuta emorragica. Uremia	Ospedale Bambin Gesù. Deceduto il 10-I-1922
2	D. F. Mario, a. 7 ½	13-V-1922	Elementi di piodermite alle gambe da una settimana	Nefrite acuta emorragica	Dimesso guarito il 26-VI-1922
3	V. Giuseppe, m. 10	21-I-1924	Ascessolini al tronco (Stafilodermia periporitica ?)	Nefrosi	Forma lievissima
4	P. Pietro, anni 3	IX-1924	Impetigine al cuoio capelluto, alla faccia e al collo iniziatasi circa un mese indietro	Nefrite subacuta	Ospedale Bambin Gesù. Guarigione sollecita

N.	Nome - Età	Data di ingresso	Anamnesi prossima	Diagnosi clinica	Annotazioni
5	F. Sergio, anni 3	3-X-1924	Impetigine alla faccia e al tronco da circa un mese	Nefrite acuta emorragica	Ospedale Bambin Gesù. Dimesso per volere dei genitori il 9-X-1924
6	B. Delia, a. 4	17-II-1925	Piodermite da stafilococco. Ascesso all'anca sin.	Nefrite subacuta	Dimessa guarita l'8-III-1925
7	M. Mario, a. 3	7-III-1925	Eczema impetiginizzato	Nefrosi	Forma lievissima. Dimesso l'11-VII-1925
8	T. Silvano, anni 3 ½	11-V-1925	Piodermite da stafilococco.	Nefrosi subacuta	Dimesso guarito il 27-VII-1925
9	B. Sandro, anni 4	20-V-1925	Piodermite (numerose piccole bolle). Ascessi alle natiche	Nefrosi	Forma lievissima
10	N. Emilia, anni 2 ½	V-1925	Eczema impetiginoso del cuoio capelluto da vari giorni	Nefrite emorragica subacuta	Ospedale Bambin Gesù. Guarigione in una ventina di giorni
11	S. Margherita, a. 4	25-V-1925	Elementi di piodermite al cuoio capelluto, alle natiche e agli arti infer. Piccoli ascessi	Nefrosi	Forma lieve. Dimessa il 17-VII-1925
12	L. Carolina, anni 9	29-VI-1925	Piccoli focolai di sepsi cutanea su scleredema diffuso da parecchi giorni	Nefrosi	Forma lievissima. Morte quasi improvvisa con sindrome eclamptica il 13-X-1925
13	G. Leonida, anni 6	27-VIII-1925	Impetigine al volto e agli arti iniziatasi una quarantina di giorni indietro	Nefrite e nefrosi acute	Dimesso per volere dei genitori il 5-IX-1925
14	D. P. Marcella, a. 3	27-V-1925	Elementi di piodermite (vescicole e pustole) al dorso e alle natiche, da stafilococco	Nefrosi	Forma lievissima
15	C. Giuseppe, a. 3	3-VI-1925	Elementi di piodermite agli arti	Nefrite subacuta	Dimesso guarito l'8-VII-1925
16	L. Amedea, anni 5	2-II-1927	Scarsi elementi di piodermite al torace e agli arti	Nefrite acuta emorragica	Dimessa guarita il 25-III-1927
17	M. Silvana, anni 4	16-II-1927	Eczema impetiginoso del cuoio capelluto da varie settimane	Nefrite acuta. Uremia	Deceduta il 18-II-1927
18	S. Publio, anni 7	2-IV-1927	Piccoli focolai di sepsi cutanea su escoriazioni da caduta verificatasi vario tempo indietro	Nefrite acuta. Uremia	Deceduto il 3-IV-1927
19	F. Alvaro, anni 5	6-VII-1930	Eczema impetiginizzato	Nefrite emorragica. Nefrosi	Ospedale Bambin Gesù. Dimesso migliorato il 20-VII-1930
20	G. Francesco, a. 7	25-IX-1930	Impetigine al cuoio capelluto e al volto da quindici giorni	Nefrite emorragica	Ospedale Bambin Gesù. Dimesso migliorato il 10-X-1930

I casi clinici dell'Ospedale Bambin Gesù sono 6 soltanto, sopra un totale di 250 bambini affetti da dermatiti coccogene; quelli della Clinica Pediatrica sono 14, sopra un totale di 285 soggetti colpiti da analoghe dermopatie.

Rileviamo quindi, innanzi tutto, come la percentuale delle nefropatie da piodermiti sia piuttosto bassa (3,9 %).

Di fronte allo scarso numero di complicanze renali sta però un'elevata mortalità: tre casi su venti (15 %), senza includervi l'exitus della bambina con scleredema diffuso (n. 12).

È stata riscontrata una frequenza notevole dell'impetigine e forme impetiginoidi sulle altre varietà di piodermiti, specie nei pazienti dell'Ospedale Bambin Gesù.

Tra le complicanze renali notiamo su 20 casi: nefrite 11 volte, nefrosi 7, forma mista 2 volte.

La nefrite, spesso emorragica, è appannaggio quasi esclusivo dell'impetigine e delle dermatosi impetiginizzate: infezioni cutanee che nei nostri casi sono da ritenersi pressochè tutte di natura streptococcica, date le loro sedi riferibili nella maggior parte al cuoio capelluto e alla faccia (l'impetigine stafilococcica raramente interessa il cuoio capelluto e al volto prende stanza abituale nei follicoli dei peli lunghi della barba). La gravità della sindrome renale non appare in stretto rapporto con l'entità delle lesioni cutanee: sembra invece in relazione con la sede di queste. In due casi ad esito letale infatti la dermatite interessa sempre il solo cuoio capelluto (n. 1 e 17).

La nefrosi invece è quasi costantemente una complicanza, nella nostra casistica, di comuni piodermiti banali a essudato purulento, sostenute ordinariamente dallo stafilococco. Tale complicanza ha avuto di regola un decorso molto mite, nonostante l'entità delle dermopatie accompagnate talvolta da ascessi multipli relativamente cospicui.

La morbilità e la mortalità interessano nella nostra casistica bambini appartenenti tutti, meno uno (n. 3), alla seconda e terza infanzia. Nefriti ad esito letale si sono avute in soggetti fra il 3° e il 7° anno d'età.

I trattatisti danno in genere una maggiore morbilità e mortalità al disotto dei 3 anni.

Circa i postumi lontani e le sequele morbose delle nefropatie da piodermiti non ci è stato possibile raccogliere elementi di qualche interesse. Nelle anamnesi sommarie ed affrettate di molte cartelle cliniche sono assai probabilmente sfuggiti dei dati che ci avrebbero illuminato su questi ed altri problemi.

Dermopatie microbiche di maggiore entità (ectima, follicoliti profonde, foruncolosi, ecc.) non hanno in numerosi pazienti provocato segni apprezzabili di sofferenza renale.

Concludendo, in base alla nostra casistica possiamo affermare che le piodermiti in genere determinano complicanze renali, se non frequenti, certo pericolose e talvolta gravissime. Maggiormente responsabile è l'impetigine (specie la *vulgaris* o *contagiosa*), la quale dà a preferenza forme di nefriti emorragiche ed anche uremiche.

Tali constatazioni, confermando quanto è già noto al riguardo, ci richiamano alla necessità di un'attenta vigilanza sui bambini colpiti da piodermiti e soprattutto dalle forme streptogene epidermiche.

RIASSUNTO.

Premessi brevi richiami di fisiopatologia cutanea e renale ed accennato al determinismo delle nefropatie da piodermiti, l'A. riporta una casistica riflettente tali forme morbose e desunta dalle cartelle cliniche di 535 bambini affetti da dermatiti coccogene. Di fronte ad una percentuale piuttosto bassa di complicanze renali (3,9 % e cioè 11 nefriti, 7 nefrosi, 2 forme miste) nota un'elevata mortalità (3 casi: 15 %). Maggiormente responsabile risulta l'impetigine (specie quella streptococcica), la quale dà a preferenza forme di nefriti emorragiche ed anche uremiche. Le nefrosi, a decorso per lo più molto mite, rappresentano invece quasi costantemente una complicanza di comuni piodermiti banali da stafilococco.

La morbilità e la mortalità interessano in tale casistica bambini appartenenti tutti, tranne un lattante, alla seconda e terza infanzia.

In base ai dati raccolti, confermanti in parte quanto è già noto sui rapporti fra dermopatie microbiche e nefropatie, l'A. richiama l'attenzione sulla necessità di un'oculata vigilanza dei bambini colpiti da piodermiti e soprattutto dalle forme streptogene epidermiche.

BIBLIOGRAFIA.

CAZAL. Archives de Méd. des enfants, 1905.

CANELLI. Relazione al XII Congresso Pediatrico Italiano, 1927.

FILIA. Rivista di Clinica Pediatrica, 1903, pag. 204.

GIUNON e PATER. Bull. de la Société de Pédiatrie, 1906.

HUTINEL. Journal des Praticiens, 1908, pag. 50.

MARFAN. Presse Médicale, 1901, pag. 1308.

MAGGIORE. Relazione al XII Congresso Pediatrico Italiano, 1927.

NAGEOTTE. Bull. de la Société de Pédiatrie, 1906.

POLLINI. Rivista di Clinica Pediatrica, 1912, n. 3.

PESCI S. *Tesi di specializzazione in Pediatria.* Roma, 1930.

RADAELI. *Malattie cutanee.* III ediz., 1927.

ROST. *Malattie della pelle.* Ediz. U. T. E. T., 1929.

SALVIOLI. Virchow's Archiv, 1879.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI STRADELLA.
Dirett. e chir. primario:
Dott. Prof. GIOVANNI MASNATA.

Corpi estranei dell'esofago, stomaco, retto, uretra.

Note cliniche

per il dott. GIUSEPPE MASNATA,
assistente volontario.

Credo di un certo interesse la descrizione di quattro casi di corpi estranei introdotti rispettivamente nell'esofago, stomaco, retto, uretra, casi che appartengono alla statistica del Dott. Prof. Giovanni Masnata, Direttore e Chirurgo primario dell'Ospedale Civile di Stradella, e che rappresentano, anche, mia esperienza personale.

CASO I. — *Corpi estranei nell'uretra.*

Il 14 agosto 1926 si presenta all'Ambulanza dell'Ospedale Civile di Stradella, un uomo che soffre non potendo orinare da circa 12 ore.

Si constata una vivissima sofferenza del paziente, un enorme globo vescicale che raggiunge l'ombellicale trasversa, un membro semi eretto che nel meato orinario presenta un corpo grigiastro ostruente.

Non ci si indugia a domandare la storia clinica.

Si prepara rapidamente il campo, s'incide sul corpo estraneo allargando il meato orinario.

Il paziente ha, subito, un getto violento di orina coll'espulsione a distanza di due corpi che raccolti ed esaminati risultano, con sorpresa, essere due fagiuoli.

Si tratta di G. Giuseppe, fu Giuseppe, di anni 43, girovago, nato a Morfasso (Piacenza).

Colpito da paralisi infantile fin dalla prima infanzia era rimasto emiparetico ma riusciva a trascinarsi coll'uso di bastone e stampella.

Da circa tre anni era sofferente per incontinenza di orine che si manifestava a periodi irregolari e specialmente dopo qualche eccessiva ingestione di vino.

Per impedire lo stillicidio orinoso che lo rendeva in condizioni pietose aveva escogitato un mezzo curativo eccezionale.

Egli introduceva successivamente due fagiuoli secchi nell'uretra. Durante la notte i fagiuoli gonfiavano e lo stillicidio era vinto.

Si metteva così in circolazione fino a quando l'imperioso bisogno di orinare espelleva, per la pressione, spontaneamente i fagiuoli.

Questa volta i fagiuoli erano un po' più grossi del solito e non era stato possibile rimuoverli, dato anche la piccolezza del meato urinario.

Da due giorni egli si trascinava con imponente sofferenza.

L'urina era riuscita in un primo tempo a passare stentatamente ma da 12 ore i corpi estranei, spinti dalla forte pressione interna, avevano chiuso definitivamente l'orifizio.

Egli si era così trascinato all'Ospedale.

FIG. 1.

FIG. 2.

Ha promesso di non più ritentare la sua originale cura.

Ad ogni modo il meato urinario, dilatato, non sarebbe stato più continente.

Caso II. — *Corpo estraneo nel retto.*

V. Giacomo furono Cesare e B. Angela, vedovo, di anni 52 contadino, da Stradella.

Entra nell'Ospedale Civile di Stradella il 19 Agosto 1927. Accusa dolori addominali ed impossibilità ad evacuare da tre giorni.

Si constata infatti addome meteorico ma inesistenza di reazione peritoneale e di febbre.

Mancanza di vomito e polso normale.

Insistendo presso l'ammalato per avere maggiori dettagli anamnestici si riesce ad avere la titubante confessione che per curare la stitichezza abituale, della quale era da tempo affetto, egli soleva introdurre nello sfintere anale un corpo da lui confezionato.

Questo corpo, l'ultima volta che era stato adoperato, era rimasto incarcerato nell'ampolla rettale.

Quale conseguenza di questo fatto l'alvo si era chiuso e tutti gli sforzi fatti per liberarsi del corpo estraneo erano rimasti senza effetto.

All'esplorazione digitale, subito fatta, si poteva apprezzare che realmente nell'ampolla rettale esisteva un corpo rigido, cavo, di notevole diametro.

Si rendeva necessario un intervento operativo che fu praticato nello stesso giorno.

Operazione. — Operatore Dott. Prof. Giovanni Masnata.

Assistenti dottori Giuseppe Masnata ed Ercole Boselli.

Rachianestesia novocainica.

Si mette l'ammalato in posizione ostetrica. Si procede a manovre di estrazione che risultano assai laboriose.

Il corpo estraneo, costituito da un segmento di corno di bue, presenta verso lo sfintere il margine assottigliato a maggiore asse antero-posteriore, coccige-pubico.

Si deve con l'uso di valve e di robuste pinze girare dapprima tale corpo in modo da fare corrispondere il maggior asse lungo la linea bisischiatica.

Solo dopo tale manovra, dilatando lo sfintere al massimo limite, con valve piatte è possibile estrarre il corpo estraneo senza ricorrere ad alcuna incisione sbrigliativa.

Dopo l'operazione l'ammalato ebbe abbondanti scariche. Licenziato dall'Ospedale presentò, poi, una relativa incontinenza alle feci liquide.

Descriviamo il corpo estraneo. Si tratta di un segmento di corno di bue la cui estremità è stata sostituita da un tappo di sughero pazientemente incastrato ed arrotondato all'estremità libera (figura 1 e 2).

Tutto l'ordigno pesa 70 grammi esso è lungo complessivamente cm. 8 e mezzo di cui cm. 6 sono costituiti dalla parte cornea e cm. 2 e mezzo dal tappo di sughero. Il cono tronco è schiacciato e la sua base elittica è lunga mm. 51 e larga mm. 39; l'estremità tronca, pur essa elittica è lunga mm. 37 e larga 27. Il turacciolo di sughero ha un diametro di mm. 27 × 29.

* * *

La letteratura medica è ricca di corpi estranei riscontrati nell'ampolla rettale. Il caso non ha quindi che sola importanza di casistica e curiosità.

Originale la scusa addotta dal paziente per mascherare il suo pervertimento sessuale: cura della stitichezza.

Caso III. — *Corpo estraneo nell'esofago e nello stomaco.*

G. Antonio fu Carlo e fu S. Teresa di anni 64, da Santa Maria della Versa (Pavia).

Si presenta all'ambulanza della Casa di Salute Chirurgica di Stradella alle ore 15 del 31 gennaio 1930.

Racconta che al mattino, alle ore 8, aveva mangiato zuppa con i ceci. Un grosso boccone gli si era arrestato nell'esofago.

Fig. 3.

A questo inconveniente egli era da tempo abituato poichè, mancando di tutti i denti, non masticava. Allora, come in altri casi analoghi precedenti, egli aveva fatto uso di una lunga sonda da lui stesso preparata con una verga di salice rivestita di tubo di gomma per respingere nello stomaco il bolo alimentare. Disgraziatamente, nel ritirare la sonda, aveva rotto la verga e poi, forzando, anche il tubo di gomma esterno.

Era rimasta nell'esofago, così, una lunga sonda che impediva il passaggio anche ad un solo sorso d'acqua).

Richiesto di ulteriori dettagli il paziente presenta ciò che era rimasto nelle sue mani (figura 3 A).

Si tratta di un bastoncino di salice del diametro di mm. 2 e mezzo, lungo cm. 11 rivestito da un tubo di gomma nero del diametro esterno di mm. 8.

Questo tubo di gomma è legato con filo di refe nero all'estremo superiore.

Il tubo di gomma è vecchio e fragilissimo.

Il paziente assicura che il bastoncino è di maggior diametro verso il polo inferiore e che il tubo di gomma era legato a tale estremo.

Per spiegare come mai avesse pensato a foggiarsi questa sonda narrò che da diversi anni, appunto per mancanza di denti e per una certa naturale voracità, gli accadeva di ingozzarsi l'esofago.

Il bolo alimentare riusciva spontaneamente a raggiungere lo stomaco ma, però, dopo 24 oppure 48 ore di digiuno.

Una volta, circa tre anni prima, non essendo avvenuta la solita liberazione spontanea, si era dovuto recare da un medico che con una sonda esofagea era riuscito a liberarlo.

Questa sonda adoperata dal medico diede a lui l'idea di costruirsene una. E difatti, costruitala, se ne era servito diverse volte sempre con esito soddisfacente.

Il prof. Masnata procede all'esame del paziente disperato ed avvilito per il grave incidente occorsogli.

L'esame della faringe diretto e per mezzo di esplorazione digitale risulta negativo.

L'esame per mezzo di specchio laringeo, per esaminare la faringe nella porzione retrolaringea risulta pure negativo.

Prima ancora di procedere a sondaggi o a tentativi di estrazione per via orale si pratica un attento esame radiologico.

Ma questo è negativo ed il pasto opaco inghiottito sotto l'esame radioscopico, pur soffermandosi un poco nell'esofago, viene a passare senza dare nessun segno della presenza di un corpo estraneo.

Anche la radiografia eseguita in varie inclinazioni del torace è completamente negativa.

Essendo passate già circa 8 ore dall'incidente, nella speranza che l'estremità della sonda si trovi ancora nelle vicinanze della faringe, il prof. Masnata fa vari tentativi di estrazione con lunghe pinze giungendo fino a circa cm. 25 dall'arcata dentale.

Tali tentativi sono negativi.

Intanto quella piccola quantità di pasto opaco che è riuscita a passare nello stomaco rende evidente che questo è molto allungato tanto che il polo inferiore, in posizione eretta, è quasi a livello del pube.

Si pensa che la sonda, risospinta nello stomaco potrebbe trovare posto e facilitare così la sua estrazione. Si lascia, allora, per quel giorno, in riposo il paziente e lo si nutre con poco latte.

Il giorno dopo, 1° febbraio, il prof. Masnata procede ad un prudente sondaggio con la spugna. Questa si arresta a circa cm. 40 dall'arcata dentale superiore. Un sondaggio con l'oliva grossa dà lo stesso risultato.

Evidentemente il cardias è ingombro e la sonda è in parte passata nello stomaco.

L'oliva più piccola riesce ad oltrepassare l'osta-

FIG. 4.

FIG. 5.

colo. Dopo questo ultimo sondaggio il paziente si accorge che il passaggio di liquidi è reso più facile. E così, nella giornata, egli può prendere una minestra glutinata oltre a latte e caffè.

Il 2 febbraio il prof. Masnata procede ad un nuovo sondaggio e questa volta osserva passare dal cardias l'oliva media.

L'alimentazione si fa più completa.

Il paziente si nutre con minestrina, pollo, pane e vino. Il tutto riesce a passare lentamente senza soffermarsi nell'esofago.

La pseudo-sonda rotta era dunque passata nello stomaco.

Il 3 febbraio continua il miglioramento ed il

FIG. 6.

passaggio del bolo alimentare è perfettamente libero.

Il 4 febbraio incominciano a manifestarsi dolenzie epigastriche a fascia.

Una radiografia dello stomaco fatta con la insufflazione di aria non è probativa.

Una radiografia dello stomaco fatta con la somministrazione di pasto opaco dà risultato positivo (fig. 4).

Lo stomaco è allungato ed il polo inferiore, in posizione dorso-ventrale, oltrepassa di cm. 2 la cresta iliaca. E' evidente una peristalsi accentuata della porzione antrale ed uno spiccato spostamento a sinistra della colonna vertebrale tanto della porzione pilorica come dell'ampolla duodenale.

E' assai caratteristica un'immagine lacunare allungata che si trova proprio al polo inferiore dove si ha l'impressione che sia appoggiata la estremità inferiore della sonda tendendo lo stomaco, mantenendogli una posizione rigida, spostandolo a sinistra.

Questa convinzione viene confermata da una radiografia fatta dopo un'ora.

Lo stomaco è riempito di pasto opaco solo all'estremo inferiore. Persiste però il grave spostamento ad uncino di tutta la porzione antrale e la posizione obliqua destra-sinistra dell'asse dello stomaco.

Non ostante lo svuotamento notevole del contenuto gastrico lo stomaco mantiene la sua posizione rigida e fissa. E' evidente che la sonda, ora libera in cavità gastrica, contenuta fra la porzione cardiaca e quella antrale impedisce allo stomaco di raccorciarsi e di elevarsi col suo graduale svuotamento (fig. 5).

Come indagine radiografica — essendo la sonda costituita da elementi trasparenti ai raggi X, quali il legno ed il tubo di gomma — non si poteva ottenere di più.

Si erano raccolti elementi sufficienti a stabilire che la sonda era realmente nello stomaco, che si trovava in posizione quasi normale all'asse del corpo, e che teneva il viscere stirato e rigido.

L'operazione era ora necessaria ed urgente.

Necessaria perchè non era possibile sperare in una espulsione della sonda per le vie naturali; urgente perchè i due estremi di essa, puntando sui poli estremi dello stomaco, potevano determinare ulcerazioni da compressione e perforazione.

L'operazione venne fatta il giorno 6 febbraio alle ore 15.

Operazione: operatore dott. prof. Giovanni Masnata.

Assistenti dottori Giuseppe Masnata ed Ercole Boselli.

Una iniezione di caffeina e anestesia locale tutocainica (cc. 20).

Si pratica un'incisione mediana che oltrepassa in basso ed a sinistra l'ombellico.

Ci si doveva infatti avvicinare quanto più era possibile all'estremo inferiore dello stomaco per potere essere agevole la sua estrinsecazione all'esterno.

Aperta la cavità addominale si riscontra lo stomaco nella precisa posizione dataci dalla radiografia.

Esso stomaco si presentava assottigliato e notevolmente allungato in posizione longitudinale con asse obliquo destro-sinistro (fig. 6).

Sollevatolo e portatolo all'esterno, nel suo polo inferiore si riscontra subito la sonda appoggiata col suo estremo, così come risultava dalla prima radiografia.

Prese allora le opportune precauzioni per evitare spandimento di liquido gastrico, adattando perfettamente la parete gastrica all'estremo della sonda, si pratica una incisione di cm. 2.

La sonda immediatamente compare e la si estrae con pinza adatta. Si richiude la piccola incisione con sutura dei due strati mucoso-muscolare e sieroso.

Si riporta lo stomaco nella cavità addominale e si procede alla sutura della parete a strati.

Sutura della cute con agrafes Michel.

Andamento post-operatorio normale.

L'operato lascia la Casa di salute il 17 febbraio perfettamente guarito.

Le radiografie fatte a guarigione completa dimostrano la differenza esistente con quelle precedenti (fig. 7).

Lo stomaco per quanto allungato, ha ripreso la sua posizione verticale e tutta la porzione pilorica e duodenale trovasi al posto normale.

Descrizione della sonda (fig. 3 B). — La sonda è costituita da una verga di salice del diametro

dimostra come sia stata utile l'attesa ed il concetto di estrarre il corpo estraneo dallo stomaco anzichè dall'esofago.

La esofagotomia avrebbe portato a manovre cieche ed incerte poichè la sonda era già in parte impegnata nel cardias. La gastrotomia invece ci assicurò l'esito felice.

Le ricerche radiografiche ci dimostrarono in modo positivo la presenza del corpo estraneo nello stomaco non ostante che esso fosse trasparente ai raggi X.

FIG. 7.

FIG. 8.

di mm. 2 e mezzo all'estremo superiore e di mm. 3 e mezzo all'estremo inferiore, è lunga precisamente cm. 30.

Tutta intera aveva quindi la lunghezza di cm. 41.

Essa è rivestita da un tubo di gomma nero del diametro esterno di mm. 8 il quale però, probabilmente per le successive manovre di sondaggio si è spostato verso il basso, raggrinzandosi a ridosso di una legatura fatta con filo di cotone a 13-15 cm. dall'estremo inferiore.

A ridosso di queste legature si trova un rinforzo della verga costituito da un altro bastoncino, dello stesso diametro di mm. 3, lungo mm. 57 il quale porta il diametro della sonda a mm. 10 mentre l'estremo inferiore, là dove esiste la legatura, è di mm. 7.

Il tubo di gomma di rivestimento era vecchio ed aveva perduto completamente la sua elasticità: ciò spiega il perchè si era rotto nelle manovre di estrazione.

* * *

Il caso descritto ha un certo interesse sotto due punti di vista. Dal lato clinico-operatorio esso

A questo risultato ci portò indirettamente una caratteristica ombra in corrispondenza del polo inferiore del viscere, ma più che altro la constatazione dell'allungamento e della rigidità fissa dello stomaco non ostante il suo progressivo svuotamento.

È buona pratica quindi nei corpi estranei dello stomaco procedere sempre ad esami radiografici anche quando si dubita dell'esito positivo delle ricerche.

CASO IV. — *Corpo estraneo nell'esofago.*

Il caso non ha importanza eccezionale. Sono assai frequenti le ingestioni accidentali di dentiera e di pezzi di dentiera. È bene pur tuttavia di darne notizia per il risultato felice che se ne ebbe senza necessità di ricorrere a particolari atti operativi.

V. Francesco di Carlo e fu Vercesi Esterina di anni 28, da Montù Beccaria (Pavia).

Viene accolto nella Casa di salute chirurgica di Stradella, accompagnato da un medico, per un provvedimento d'urgenza poichè nella notte si

era svegliato di soprassalto con senso di soffocazione dato dalla caduta in faringe di una dentiera.

Essendo riuscite vane le manovre fatte da lui stesso per liberarsi e pur essendo scomparsi i sintomi di soffocazione si era affrettato a venire a Stradella per ricorrere alle cure del caso.

Si tratta certamente di una piccola dentiera

FIG. 9.

per la mancanza dei due incisivi superiori, provvista però di uncini di appoggio e di palato.

Attraverso radioscopie e radiografie si dimostra che la dentiera è ferma nella parte media (toracica) dell'esofago, in corrispondenza del secondo restringimento. Essa è disposta col maggior asse nel senso della lunghezza dell'esofago.

I liquidi passano con facilità (fig. 8).

Il prof. Masnata ritenne opportuno, in primo tempo, tentare colle pinze esofagee l'estrazione per via naturale.

Ma i vari tentativi non diedero alcun risultato.

Provò allora ad uncinarla col cestello esofageo di Graëfe.

Il cestello passò oltre il corpo estraneo; nel ritorno lo uncinò, ma non fu possibile estrarlo. Evidentemente la dentiera si infiggeva in una plica esofagea.

Fu necessario disimpegnare il cestello con movimenti di lateralità pazientemente ripetuti, per cui non si ritenne più opportuno ritentare la prova.

Prima di provvedere ad un intervento cruento il prof. Masnata pensò di cacciare nello stomaco la dentiera. È vero che in essa esistevano uncini ed angoli acuti, ma la prova fatta con prudenza e sotto il controllo della radioscopia poteva riuscire positiva.

L'operatore adoperò la sonda a spugna.

Raggiunto il corpo estraneo, con pressione leggera e ripetuta si accorse che esso si spostava. Dopo tre riprese esso cadde nello stomaco. La radiografia ne diede la certezza (fig. 9).

Il problema cominciò ad entrare nella fase risolutiva.

Col controllo radiografico si sarebbe potuto intervenire operativamente qualora se ne fosse presentata la necessità.

Lo stesso giorno viene fatto ingerire dal paziente un abbondante pasto preparato con purée di patate.

L'esame radioscopico fatto l'indomani mattina dava la dentiera nel tenue. Essa aveva attraversato facilmente il piloro. Nel pomeriggio essa era giunta nella regione ileo-cecale. Dopo 24 ore era nel cieco avendo attraversato senza difficoltà anche la valvola di Bauhin.

Dopo 63 ore viene espulsa dall'ano conglobata con masse stercoracee.

* * *

Questo caso certamente non è raro, e ci conferma che è buona pratica, quando il corpo estraneo si trova nell'esofago, e non coesistono fatti

FIG. 10.

ulcerativi e infiammatori, di tentare prudentemente la sua caduta nello stomaco.

Descrizione del corpo estraneo (fig. 10). — La dentiera comprende 2 denti incisivi superiori, due uncini laterali in oro ed un segmento di palato in vulcanite.

L'ombra radiografica ottenuta nell'esofago risulta ingrandita di circa cm. 1 nella lunghezza e di circa mm. 3 nella larghezza.

L'ombra gastrica è precisa. Ciò si spiega colla maggiore o minore distanza del corpo estraneo dalla pellicola.

La massima lunghezza della dentiera è di mm. 33, la massima larghezza è di mm. 19, il massimo spessore è di mm. 7.

Le dimensioni sono tali da permettere il passaggio attraverso i punti più ristretti del tubo faringo-esofago-gastro-enterico.

Gli uncini, non molto prominenti, sono rivolti all'interno e fortunatamente non si infissero nella mucosa esofagea quando vennero spinti verso lo stomaco.

RIASSUNTO.

L'A. descrive 4 casi clinici: una dentiera nell'esofago, un'empirica sonda costruita con elementi grezzi nello stomaco, un corpo estraneo nel retto, due fagiuoli nell'uretra.

15 maggio 1931.

SUNTI E RASSEGNE.

FISIOPATOLOGIA.

La fatica.

(SCHEMINSKY. *Wien. Kl. Woch.*, n. 8, 1931).

L'A. è partito nelle sue ricerche dall'osservazione che il gastrocnemio della rana sotto il passaggio di una corrente elettrica si affática al punto che non si contrae più: in queste condizioni, l'inversione della corrente basta ad eccitare nuovamente il muscoló: il che dimostra in fondo che il muscolo stesso, apparentemente stanco, in realtà non lo è. Questo fenomeno, conosciuto come « effetto d'inversione », appare alla luce delle moderne vedute biochimiche da interpretarsi come un mutamento nella composizione della struttura colloidale dei muscoli. Ogni passaggio di corrente provoca al catode una certa flocculazione che regredisce, in parte soltanto, durante le pause; il residuo di rilassamento che si somma ogni volta al precedente finisce per esser tale da rendere impossibile quella stasi jonica in corrispondenza delle superfici cellulari che è una *conditio sine qua non* della eccitazione muscolare; l'eccitazione, quindi, diminuisce e cessa; all'invertimento della corrente, il catode viene a trovarsi in luogo non ancora alterato, e l'eccitazione torna ad essere possibile mentre, dal lato opposto (prima catodico, ed ora anodico) si vanno ristabilendo lentamente le condizioni primitive: onde ripetendo l'invertimento della corrente si avrà di nuovo l'eccitazione e via di seguito.

Oggi si è dimostrato che l'affaticamento muscolare è catodico, e il riposo, la ripresa anzi, anodica, e si è anche veduto che il grado dell'alterazione fisico-chimica dipende dall'intensità della corrente e dalla durata del suo passaggio.

Considerando quanto è stato detto sopra, s'intende come la corrente, continuamente invertita, riesca a mantenere a lungo il muscolo in stato di eccitabilità, più o meglio che in periodo di riposo; infatti l'effetto d'inversione muta, capovolge radicalmente la situazione fisico-chimica del muscolo.

Va perciò distinto l'affaticamento relativo, che si verifica durante l'eccitazione di una corrente volta sempre nello stesso senso, e l'affaticamento assoluto, poggiato su di un peggioramento progressivo dello stato del muscolo.

Non è affatto vero che l'affaticamento muscolare poggi esclusivamente sull'accumulo di acido lattico, giacchè due muscoli trattati, l'uno con corrente elettrica più volte invertita e l'altro una sola volta ma sempre nello stesso senso, mostrarono il primo forte quantità di acido lattico, pur mantenendosi sempre eccitabile e riposato, l'altro poco acido lattico, pur essendosi stancato.

In conclusione l'affaticamento rappresenta un complesso di fatti molto intricato: tra questi, i mutamenti di permeabilità cellulare sono certamente di grande importanza.

V. SERRA.

Rapporti tra acidosi e avvelenamento dell'organismo.

(O. DE RAADT. *Wien Klin. Wochenschr.*, numero 17, 1931).

L'Autore osserva che in condizioni normali la neutralizzazione degli acidi che si formano nell'organismo avviene principalmente nel rene. I reni producono, in forma di ammoniaca l'alcali necessario per la eliminazione degli acidi. Il rene ammalato perde in grado notevole, talora del tutto, la capacità di produrre ammoniaca: perciò in molti casi di malattie renali si determina una grave acidosi. La capacità del rene di neutralizzare anche le più gravi acidosi (diabete) per mezzo della produzione di ammoniaca, è detta « compenso renale » dell'acidosi. Se il rene diventa insufficiente a questo compito, si ha il compenso extrarenale », l'ammoniaca viene cioè prodotta al di fuori del rene. Il compenso extrarenale ha luogo o direttamente nel sangue senza intervento del cloruro di sodio, oppure nei tessuti con l'intervento del sale. Nel primo caso l'eccesso di acidi viene neutralizzato nel sangue dall'ammoniaca formata nel ricambio intermedio degli aminoacidi: si determina allora un avvelenamento acuto da ammoniaca che si manifesta con la uremia eclamptica. Nel secondo caso viene ritenuto del cloruro sodico nei tessuti e nel liquido degli edemi, esso reagisce con il carbonato di ammonio formando cloruro di ammonio e bicarbonato di sodio che neutralizza l'acidità del sangue. Il cloruro di ammonio si accumula nei tessuti e nel liquido degli edemi, si ha quindi un avvelenamento cronico dell'organismo (uremia cronica); in casi di rapido riassorbimento degli edemi si può talora determinare anche la uremia acuta. Non esiste alcuna differenza sostanziale tra il coma delle malattie renali, il coma diabetico e la eclampsia delle gravide: in tutti e tre i casi il coma è dato dall'avvelenamento da ammoniaca determinato dall'abbinamento dei due fattori « acidosi e insufficienza dei reni ». Nelle ma-

lattie renali l'acidosi è conseguenza della insufficienza renale, nel diabetico invece l'acidosi è primitiva, e determina secondariamente la insufficienza del rene (questo viene danneggiato non dagli acidi stessi, ma dall'ammoniaca che vi si forma per neutralizzarli). Nelle gravide acidosi e insufficienza renale si determinano indipendentemente l'una dall'altra; l'acidosi in seguito al consumo di alcalini da parte del feto, l'insufficienza renale in seguito a disturbi circolatori nel territorio della vena cava inferiore. In ogni malattia del rene si dovrebbe ricorrere alla terapia alcalinizzante, questa non solo giova al rene ammalato ma evita la intossicazione ammonica dell'organismo.

R. Pollitzer.

ADDOME.

Alcuni sintomi trascurati nelle malattie addominali acute.

(V. Zachary Cope. *British med. journ.*, 18 luglio 1931).

Le malattie addominali, acute o croniche, vengono diagnosticate tenendo conto di tre gruppi di osservazioni: 1) le modificazioni locali anatomiche, rivelate dall'ispezione (con l'occhio o con i raggi X), dalla palpazione o dall'ascoltazione; 2) il pervertimento di certe funzioni fisiologiche dedotto da alcuni dati sintomi o da certe prove; 3) il risentimento sui grandi sistemi organici, specialmente sulla circolazione, la respirazione, il metabolismo.

Nelle forme croniche, la lentezza del processo permette che si stabiliscano dei compensi, sicchè le leggere modificazioni fisiologiche sono mascherate o trascurate fino a che non intervengano evidenti alterazioni anatomiche. Al contrario, nelle forme acute, si hanno soprattutto modificazioni fisiologiche, mentre le alterazioni anatomiche evidenti si hanno soltanto negli stadî tardivi.

Segni e sintomi di « shock ».

Nel caso di un'emorragia interna improvvisa, o quando si ha un intenso stimolo viscerale, il disturbo diretto o riflesso del circolo porta al quadro clinico che va sotto il nome di « shock »: estremità fredde, temperatura subnormale, pallore, sudore, polso piccolo e frequente, pressione bassa. Negli individui che sono stati sempre in buona salute, si ha rapidamente il compenso, sicchè il circolo si ristabilisce ben presto e l'osservatore superficiale difficilmente pensa ad una condizione grave; tale rapido compenso va sempre tenuto presente.

Così pure vanno tenuti presenti i gradi minori dello « shock », il quale può esistere senza pallore, senza notevole aumento della frequenza del polso, o notevole abbassamento della pressione.

Nel caso di perforazione di ulcera gastrica o duodenale, la gravità dello « shock » è parallela a quella dell'emorragia; se questa è lieve, lo « shock » può essere assente, mentre esso è grave se l'emorragia è forte ed è medio nei casi medî; l'osservazione di temperatura subnormale, di estremità fredde, di pelle sudante, di pallore della faccia è sufficiente per la diagnosi clinica dello « shock ».

La sfigmomanometria.

A torto, la ricerca della pressione sanguigna è spesso trascurata, mentre può essere molto utile. Anzitutto, l'instabilità di essa (fare misurazioni frequenti!) è caratteristica dei casi leggeri di « shock ». Inoltre, la misura della pressione può essere un dato valevole per la decisione operatoria. La pressione è assai bassa quando vi è occlusione intestinale; se essa è sotto i 100, non è certamente consigliabile l'uso di un anestetico generale. Alle volte, la pressione sistolica può essere abbastanza alta, ma vi può essere poca differenza fra questa e la diastolica; in un caso osservato dall'A. la prima era 135, la seconda 110; egli giudicò che il paziente non avrebbe sopportato l'operazione, prognosi che, purtroppo, si verificò.

Il dolore.

È uno dei sintomi più importanti, tanto che spesso è possibile il fare la diagnosi solamente in considerazione del tipo, dell'intensità e della localizzazione del dolore stesso. Talora però, nell'osservazione, si tralasciano dei punti importanti.

Così, p. es., si possono avere utili indicazioni quando si tenga presente il cambiamento di localizzazione del dolore. Nell'appendicite, il dolore iniziale ombelicale od epigastrico è seguìto dal dolore e dalla sensibilità alla fossa iliaca destra; ciò si osserva al primo attacco, ma non più nei successivi; così pure, quando l'appendice ha una posizione retrocecale, il dolore iniziale epigastrico è spesso assente. La consecutività del dolore all'epigastrio ed alla fossa iliaca destra si osserva nei giovani e nei bambini, ma nelle persone anziane bisogna andar molto cauti; un'ulcera duodenale leggermente perforata o un attacco di pancreatite acuta possono dare un dolore simile sebbene non così forte. Anche il cambiamento del dolore nell'ulcera perforata è generalmente caratteristico; dapprima grave ed epigastrico, è seguìto dal dolore generale ipogastrico e da sensibilità alla palpazione.

Nel caso di peritonite ad origine endopelvica, la diagnosi può essere difficile sul principio; in seguito, però, il dolore va salendo gradatamente man mano che sale l'infiammazione ed il rigonfiamento dell'intestino si porta sempre più in alto.

L'iperestesia superficiale.

Si osserva spesso nelle malattie addominali e può essere di un certo valore per la diagno-

si, valore che è limitato dal fatto che la stessa area di iperestesia può aversi in varie lesioni. Nei giovani, l'iperestesia alla fossa iliaca destra conferma la diagnosi di appendicite; nelle donne adulte, può anche aversi nella salpingite. Una striscia stretta di iperestesia al disopra e parallela al legamento di Poupart si trova generalmente nella appendicite subacuta e remittente, ma può anche accompagnare la pielite, la salpingite ed anche la colecistite e l'ulcera duodenale perforata. Essa è dovuta all'irritazione del peritoneo parietale nella regione iliaca corrispondente. In caso di dubbio fra lesione toracica ed addominale, il reperto dell'iperestesia alla regione iliaca fa propendere per l'ultima.

IL DOLORE RIFERITO.

Può essere di gran valore per la diagnosi. Oltre ai dolori noti per l'intestino, l'utero, la pelvi renale, vanno menzionati quello provocato dall'appendicite nel testicolo dello stesso lato od anche dell'altro e quello sottoscapolare destro nella colica biliare; in quest'ultima, però, il dolore può essere avvertito anche altrove (in un caso dell'A., alla regione sottoscapolare sinistra).

IL DOLORE FRENICO ALLA SPALLA.

Della massima importanza è il dolore frenico nelle malattie addominali. Esso è avvertito alla sommità della spalla ed è determinato da una lesione irritativa nella regione diaframmatica. Il nervo frenico è composto di fibre del III, IV, V, nervo cervicale ed il dolore risultante dalla sua irritazione è sentito nella regione di distribuzione di tali nervi, specialmente del IV. Tale area comprende la fossa sopraspinosa, quella sottoclavicolare, l'acromion e la clavicola. Ma il punto caratteristico si trova alla sommità della spalla. L'intensità è tale che il paziente sente come un chiodo che si affonda, altre volte, invece, è avvertito come un semplice dolore reumatoide; qualche volta è sentito alla regione deltoidea.

L'irritazione diaframmatica provoca il dolore dalla parte corrispondente; se l'irritazione ha sede centrale, il dolore può essere bilaterale. L'A. ha anche osservato che l'irritazione della parte anteriore dà il dolore alla regione clavicolare, mentre quella della parte posteriore lo dà alla fossa sopraspinosa.

Il dolore frenico può essere determinato da condizioni sottodiaframmatiche e da quelle pelviche.

Nel primo caso, può trattarsi di malattie di organi in diretta connessione col diaframma oppure il diaframma può essere leso secondariamente da lesioni di organi più lontani.

a) Condizioni sottodiaframmatiche. — Al primo gruppo appartengono il fegato, la cistifellea, il duodeno e lo stomaco, la milza, il pancreas e, raramente, i reni. La malattia più comune che provoca tale dolore è la perforazione dell'ulcera gastrica o duodenale, il cui dolore frenico si trova nei due terzi. Nel caso dell'ulcera duodenale il dolore è avvertito alla fossa sopraspinosa destra. A tale proposito, l'A. rileva l'errore che i trattati di medicina si trasmettono, che cioè il dolore della colica biliare è avvertito alla sommità della spalla destra, mentre invece ciò è raro e tutte le volte che l'A. è intervenuto in casi con tale dolore ha invece trovato un'ulcera duodenale perforata. L'asserzione dei trattati risale ai tempi in cui la chirurgia addominale era ancora all'inizio. Il dolore alla sommità della spalla che si ha talora nella colica biliare indica la presenza di una peritonite che irrita il diaframma contiguo.

Nell'ulcera gastrica perforata, il dolore è più spesso bilaterale o dal lato sinistro; qualche volta può essere a sede clavicolare.

Il dolore frenico alla spalla è frequente nell'ascesso epatico tropicale. Esso, in tal caso, indica che il fegato è aderente al diaframma e che l'ascesso sta per rompersi nel torace; per lo più è avvertito alla fossa sopraspinosa destra.

Il dolore alla sommità della spalla provocato da rottura della milza è noto sotto il nome di segno di Kehr ed è dovuto all'irritazione del muscolo provocata dal sangue stravasato.

In qualche raro caso, tale dolore può essere dato da pancreatite o da perinefrite.

b) Condizioni pelviche. — Il caso più frequente è dato dalla rottura di gravidanza ectopica; il dolore è dovuto al sangue liquido che irrita il diaframma; a seconda che l'irritazione si esplica sulla parte anteriore o posteriore, il dolore è clavicolare o sopraspinoso. Tale dolore può essere considerato come un sintoma quasi patognomonico quando si accompagna a grave collaso, a dolore ipogastrico ed a rigidità addominale. Nei casi che vengono all'autopsia, si trovano una o più placche di linfa plastica tra il fegato ed il diaframma.

Evidentemente, l'importanza diagnostica del dolore alla spalla va considerata in rapporto agli altri sintomi, in quanto che tale dolore può aversi anche per lesioni sopradiaframmatiche; così, è noto che nella pleurite diaframmatica, il dolore si avverte specialmente alle regioni clavicolare e sottoclavicolare.

LA RIGIDITÀ MUSCOLARE.

È nota a tutti la rigidità dei muscoli addominali che si osserva nella peritonite, ma non tutti sanno che vi sono casi di peritonite anche estesa senza rigidità muscolare; ciò è dovuto al fatto che vi sono regioni del peritoneo (cavità pelvica e parete addominale mediana posteriore) relativamente insensibili o silenti allorchè vengono stimolate, per cui alla loro irritazione non risponde la rigidità dei muscoli addominali. Per tal modo, si osserva comunemente che la peritonite pelvica non si

accompagna a rigidità muscolare. Un altro fatto spesso trascurato è quello che nelle persone anziane con muscoli deboli e riflessi facilmente esauribili si ha poca o punta rigidità muscolare.

Generalmente trascurata è l'osservazione della *rigidità dei muscoli profondi*. Quella del diaframma è facilmente riconoscibile, anche senza raggi X, dalla retrazione addominale che si ha nella inspirazione; l'inversione dei movimenti respiratorî è significativa. La rigidità dello psoas dovuta all'appendicite od a condizioni infiammatorie in vicinanza è mostrata dalla flessione della coscia corrispondente o dal dolore che si ha nei movimenti della coscia; i gradi minimi di rigidità possono essere rilevati estendendo forzatamente la coscia ed osservando se in tal modo si provoca dolore.

Raramente, in seguito a peritonite, si ha la rigidità dei muscoli otturatori, a causa della densità della fascia; ma ad ogni modo, essa può essere messa in evidenza facendo fare un movimento di rovesciamento alla coscia flessa.

Vi è un altro piccolo segno che può essere importante per la diagnosi di condizione infiammatoria nella fossa iliaca, specialmente nelle persone grasse in cui l'esame offre tante difficoltà. La pressione con le dita nel triangolo di Scarpa sull'arteria femorale fino a sospendere la circolazione nell'arto provoca pulsazioni nei vasi iliaci ed aumento del dolore nel focolaio infiammatorio in contatto con detti vasi.

L'osservazione attenta e l'esatta interpretazione di fatti che possono sembrare di scarsa importanza hanno un grande significato nella diagnosi delle malattie addominali acute, in cui la precocità della diagnosi è essenziale per salvare la vita del paziente. *fil.*

L'ascesso subfrenico.

(W. D. DOHERTY e R. P. ROWLANDS. *British Medical Journal*, 31 gennaio 1931).

S'intende per ascesso subfrenico una raccolta limitata di pus immediatamente al di sotto del diaframma. Spesso nella cavità ascessuale si trova anche gas proveniente da un viscere perforato o dalla fermentazione batterica.

Gli ascessi subfrenici a seconda della loro posizione possono essere così classificati:

1) Intraperitoneali: anteriore destro, posteriore destro, anteriore sinistro e posteriore sinistro: i più comuni sono quelli anteriori specie a sinistra.

2) Extraperitoneali: destro e sinistro: più comune il destro.

Il limite di divisione tra l'ascesso intraperitoneale destro e sinistro è costituito dal legamento falciforme, mentre il legamento laterale del fegato segue il confine tra la varietà anteriore e quella posteriore.

Poichè lo spazio extraperitoneale destro sotto il diaframma è piccolo ed è limitato dal legamento coronario del fegato, e lo spazio extraperitoneale sinistro è vicino al polo superiore del rene, l'ascesso extraperitoneale può propagarsi all'insopra ed all'indietro spingendo in avanti il peritoneo ed occupando eventualmente un grande spazio sotto il diaframma.

I microrganismi infettanti possono provenire attraverso la circolazione sanguigna da ogni parte del corpo, ma di regola provengono dai visceri addominali, sopratutto dallo stomaco e dall'appendice, dal fegato, dalla cistifellea, dalle vie biliari. Di solito l'infezione si propaga direttamente da un viscere perforato, ma può diffondersi anche attraverso le vie sanguigne linfatiche. Le malattie polmonari provocano solo eccezionalmente ascessi subfrenici, che possono anche seguire a traumi del torace, specie a fratture costali. L'ascesso subfrenico può complicare anche la piemia.

I microrganismi che più comunemente si riscontrano nell'ascesso subfrenico sono lo stafilococco aureo, lo streptococco, lo pneumococco, il coli, il piocianeo, quello del tifo.

La febbre è intermittente o remittente con o senza brividi.

Il segno locale più costante è l'ottusità nella parte bassa del torace, con il limite superiore a forma di cupola. Questa ottusità si continua con quella del fegato o della milza. Nella parte immediatamente superiore può esservi una zona a risonanza timpanica dovuta a raccolta di gas, al disopra della quale vi può essere di nuovo ottusità dovuta a versamento pleurico o al disopra ancora la risonanza normale del polmone.

Presto o tardi si ha risentimento pleurico seguìto da versamento e infiammazione o collasso della base del polmone che si rivelano con rantoli e ronchi e riduzione del respiro.

La leucocitosi è costante.

Nei casi avanzati si può avere sporgenza ed anche edema della parete toracica in corrispondenza dell'ascesso, che può anche far risalto al di sotto del margine costale.

La diagnosi è purtroppo difficile e spesso si riesce a farla solo tardivamente.

L'esame radiografico è indispensabile. Esso dimostra una caratteristica elevazione locale e fissazione del diaframma. In qualche caso si riesce anche a vedere la raccolta di gas al disopra del pus. Non va dimenticato che un'ombra analoga a quella dell'ascesso subfrenico può essere data dalla retrazione polmonare con spostamento in alto del diaframma. La puntura esplorativa spesso non è decisiva. Comunque, nei casi gravi nei quali è necessaria una decisione pronta, conviene senz'altro intervenire chirurgicamente.

Senza operazione non v'è speranza di guarigione.

Qualche volta l'ascesso si può aprire spontaneamento nei polmoni, negli organi addominali cavi o anche attraverso la pelle. Ma quei

pazienti che sopravvivono sono destinati a diventare grandi invalidi.

Nell'operazione la maggior cura deve essere posta nel fare il drenaggio nelle parti più basse ed extraperitonealmente allo scopo di evitare ogni complicazione pleurica o peritoneale.

Gli ascessi anteriori, che fortunatamente sono i più frequenti, spesso discendono nell'ipogastrio o nell'ipocondrio. Possono perciò essere drenati mediante un'incisione al di sotto del margine costale, ma talvolta è necessaria anche una controincisione ai lombi.

Gli ascessi posteriori possono essere drenati attraverso il torace per via subpleurica e solo eccezionalmente per via transpleurica.

Gli ascessi subfrenici non operati dànno una mortalità dell'85 %, quelli operati hanno dato sempre una mortalità del 50 %, che negli ultimi anni si è ridotta al 25 % in relazione alla precocità della diagnosi ed al miglioramento della tecnica operatoria.

DR.

PATOLOGIA ESOTICA.

Contributo alla clinica dei cosidetti bubboni climatici.

(H. RUGE. *Rass. Intern. di Clin. e Ter.*, 15 settembre 1931).

La denominazione di « bubbone climatico » è in medicina tropicale conosciuta e adottata da tutti, mentre quella di « linfogranuloma inguinale » può indurre in errore, essendo già nota qualche confusione col « granuloma venereo ». Inoltre il reperto istologico ricorda ben altro che una linfogranulomatosi.

L'A. riferisce su di un materiale di 102 casi, osservati dal 1925 al 1929. I malati sono quasi esclusivamente marinai, ciò che avvalora l'opinione di Günther che la diffusione dei bubboni climatici sia dovuta al crescente traffico marittimo. La malattia colpisce di preferenza i giovani e la razza bianca quasi esclusivamente. Nei 4/5 dei casi sono causa dei bubboni i rapporti sessuali quasi esclusivamente con donne di colore.

Le ricerche sulla natura degli agenti infettivi sono state sempre negative, malgrado numerose culture ed esperimenti sugli animali. La malattia ha per lo più una insorgenza blanda e afebbrile. Nel corso di settimane e di mesi si manifesta una tumefazione unilaterale o bilaterale delle ghiandole inguinali. Le ghiandole si trasformano in tumori della grandezza di una mela ed anche più. Si formano poi in diversi punti rammollimenti suppuranti che scompaiono spontaneamente o danno origine a formazione di fistole che durano dei mesi. Una parte dei bubboni non viene a suppurazione ed allora si vede residuare un rigonfiamento più o meno duro con o senza arrossamento infiammatorio della cute, che in generale è spostabile. I bubboni piccoli si spostano per lo più sugli strati profondi. Nella maggior parte dei casi sono colpite anche le ghiandole linfatiche pelviche che si palpano ingrossate.

Le cosidette lesioni primarie furono osservate in qualche caso isolato e non offrivano nulla di caratteristico. Raggiungono la estensione di 3-4 cmq. e danno l'impressione di una lesione epiteliale superficiale.

Lo stato generale non è molto scaduto, la febbre, quando c'è, è modica e, con un trattamento adeguato, si abbassa abbastanza presto. Il quadro ematologico mostra spesso modica leucocitosi con neutrofilia, ma ritorna normale nel corso della malattia. Le complicazioni sono rare: qualche volta si producono dei flemmoni, talora si osservano attacchi reumatoidi alle articolazioni ed alla muscolatura.

La diagnosi non è difficile nei casi pronunziati. Nelle forme poco caratteristiche la cutireazione di Frei rappresenta un ausilio prezioso. L'A. consiglia di eseguire la reazione di Frei in tutti i casi dubbi e di intraprendere, ove sia possibile, l'esame istologico.

La prognosi *quoad vitam* è fausta. Il ristabilimento del malato è però, malgrado ogni trattamento, molto lento.

Il metodo di cura più soddisfacente è l'asportazione di una parte del tessuto ghiandolare suppurato in narcosi generale. Non è indispensabile asportare tutto il tessuto ghiandolare, basta togliere quella parte di tessuto disseminata di ascessi miliari. Le ghiandole pelviche guariscono spontaneamente con tale trattamento.

C. TOSCANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Scritti in onore di Enrico Burci nel suo XXX anno di insegnamento. Napoli, 1930.

All'illustre chirurgo dell'Ateneo fiorentino che per trent'anni ha retto, e tuttora dirige, l'insegnamento delle discipline chirurgiche con tanta sapienza, creando una scuola nota per valore di contributo dottrinale e pratico; gli allievi e gli ammiratori hanno voluto offrire, seguendo una bella consuetudine scientifica, un volume a cui ognuno ha portato il proprio contributo con un articolo, come omaggio ideale al Maestro.

L'opera, di oltre 1000 pagine, in edizione nitida, densa di 54 articoli di interesse notevole, contiene scritti di numerose personalità della chirurgia italiana. Ne voglio ricordare solo alcuni dei più notevoli.

O. Angelelli riporta un interessante contributo clinico alle recenti concezioni sui rapporti fra funzione paratiroidea e le artriti croniche: concezioni che si sono aggiunte negli ultimi anni alle nozioni ben acccertate sulla importanza di questi organi a secrezione interna nel ricambio calcico e in talune alterazioni ossee. Si è anche voluto cercarvi un indirizzo terapeutico, sopratutto dall'Oppel. Peraltro il caso presentato e studiato minutamente dall'Angelelli non sembra in appoggio a tali concetti.

P. Bastianelli molto opportunamente ricorda come le esperienze di E. Burci nel 1890, siano state la fonte da cui sono derivate buona parte dei moderni studi di chirurgia vasale e sopratutto i concetti di sintesi ideale delle vene e delle arterie.

M. Bufalini e A. Mirolli descrivono e illustrano un nuovo tipo di epitelioma mammario che è dotato di minore malignità rispetto a quelli più noti e dimostrano come sia errata l'opinione secondo la quale gli epiteliomi ricchi di tessuto connettivale, siano a prognosi meno oscura degli altri.

Il prof. G. Gatti caratterizza con la sua grande competenza l'appendicite nell'infanzia.

P. Pazzagli fa notevoli considerazioni sui neurinomi ad andamento maligno, tumori rari ai quali attualmente è rivolta l'attenzione degli studiosi.

Puccinelli, Purpura parlano di interessanti problemi del cancro del retto e della chirurgia renale.

Il prof. Taddei descrive un processo operatorio indicato nei casi di piede torto inveterato nel quale oltre a correggere la deformità, si ottiene un'artrodesi tibio-tarsica, processo che ha dato ottimi risultati.

Il prof. Righetti presenta uno studio critico dello spasmo pilorico nell'adulto, che divide in una forma primitiva e una secondaria e riporta una notevole statistica di 35 casi curati col metodo di Loreta che egli ha ripreso dopo tanti anni di oblio, con opportune modificazioni e con buoni risultati.

Il prof. Taddei che fu il primo aiuto del prof. Burci fa precedere al volume affettuose parole ed un'esposizione fatta con amore di discepolo della carriera scientifica del Maestro.

V. Ghiron.

Pedro Ayres Netto. *Anesthesia geral pelo Protxydo de azoto.* São Paolo, 1931.

È un lavoro completo sull'anestesia col protossido d'azoto, in cui l'autore riferisce sull'esperienza propria e dei suoi colleghi brasiliani. Egli si dimostra fautore convinto dell'impiego dei gas come anestetici per i vantaggi che sono generalmente noti. Egli ha però limitato la propria esperienza al protossido, cosicchè mancano i dati di confronto con altri gas ormai più usati i molti vantaggi che presentano. V. Ghiron.

G. Laurens. *Précis d'Oto-Rhino-Laryngologie.* Vol. di 1224 pag., con 428 fig. e tav. fuori testo. Masson, édit. Paris, 1931.

In questo volume, che arricchisce la collezione dei « Précis Médicaux » di Masson, l'A., eminente laringologo francese, ha raccolto un compendio chiaro, esatto e completo delle conoscenze attuali sulle malattie dell'orecchio e delle vie aeree superiori.

Le acquisizioni più recenti dell'O.R.L. dimostrano i rapporti, sempre maggiori, che legano la patologia di questi organi con quella dell'intero organismo: è quindi utile per il medico pratico una conoscenza precisa, sia pur non troppo profonda, di questa branca della medicina. D'altra parte anche per gli specialisti esistono dei problemi moderni, che solo in pochi manuali recenti sono riferiti, il cui valore reale nella patologia della specialità è una cognizione acquisita (semeiologia vestibolare, infezioni discendenti d'origine nasale e faringee ecc).

A questi scopi risponde il manuale del Laurens, che ha anche il pregio di un'edizione veramente accurata. M. Silvagni.

R. Worms. *Les accidents nerveux consécutifs aux pertes de sang.* Editore Doin e C., Parigi. Prezzo Fr. 32.

Dopo aver descritto sulla scorta di numerosi casi la clinica delle sindromi nervose che sogliono seguire alle emorragie abbondanti e ripetute, l'A. espone i risultati degli esperimenti istituiti al riguardo.

Passa quindi a discutere il meccanismo patogenico: l'influenza dell'emorragia sulla pressione rachidea, sul calibro delle arterie, sulla produzione di trombosi e rammollimenti, sulla crasi del sangue e lo stato di nutrizione degli elementi nervosi.

Il lavoro termina con l'indicazione di mezzi atti a prevenire ed a curare questi accidenti.

Dr.

I CONGRESSI DI MEDICINA E CHIRURGIA

XXXVII Congresso di Medicina Interna.

Bari 18-21 ottobre 1931.

Seduta pomeridiana (ore 15)

Presidente Prof. C. FRUGONI.

(*Continuazione; vedi num. precedente*).

RISPOSTA DEL RELATORE.

L. ZOIA (Milano). — Ringrazia anzitutto il Presidente ed i Colleghi che hanno preso parte alla discussione della Relazione. Circa l'accusa cortesemente rivoltagli dai proff. Ascoli, Cesa Bianchi di essersi polarizzato in modo eccessivo verso l'origine pancreatica del diabete, il R. si scagiona richiamando quanto egli ha scritto a pagg. 65-69 della sua Relazione, ma ritiene ad ogni modo che allo stato attuale delle nostre conoscenze si può clinicamente dire che occorre distinguere essenzialmente la glicemia normoglicemica dalla glicosuria iperglicemica, e che si deve conservare il nome di diabete mellito a quella forma di glicosuria iperglicemica che presenta i sintomi che appunto permisero di individuarlo, il diabete giovanile, consuntivo. In esso la origine pancreatica si deve ammettere per la completa remissione dei sintomi che la insulina da sola e solo l'insulina riesce ad ottenere permettendo perfino il normale svolgimento della pubertà, con una sopravvivenza di molti anni, dove prima la vita era sicuramente troncata entro un biennio.

Per tutte le altre forme di glicosuria, nelle quali la ricerca clinica mette in luce alterazioni probabili di altre ghiandole endocrine, o ordinariamente di centri nervosi, si deve adottare il nome di glicosurie e non di diabete mellito.

Le forme insulino-resistenti, l'osservazione riferita dall'Ascoli e dal Serio, quelle del Messini, del Ferrannini, forse alcune di quelle riferite da Pari e quelle di ipersensibilità osservate nella clinica medica di Milano indicano la complessità dei meccanismi, che possono interferire con le conseguenze di una deficiente azione dell'insulina, modificando profondamente l'equilibrio e le reazioni dei nostri organi.

Ad ogni modo la ragione intima dell'insulino-resistenza è ancora argomento di studio.

Le crisi ipoglicemiche delle vaccine dopo lo sgravo e nell'allattamento, ricordate dal Preti, corrispondano alle crisi ipoglicemiche con alta glicemia, e possono avere luce dall'esperimento di Mann e del Magath che osservarono nel cane spancreato e privo del fegato crisi ipoglicemiche con alta glicemia, interpretabili forse ammettendo che i tessuti non sono più in grado di utilizzare lo zucchero pur presente e a loro disposizione così che avviene come se ne avessero deficienza. Forse così si spiegano alcuni fatti riferiti dal Luttichau.

La cura insulinica ha la sua indicazione nel diabete mellito vero, pancreatico o insulare, ed essa permette che il diabetico faccia la dieta che più gli è utile per composizione e per rapporto tra sostanze proteiche, grassi e idrati di carbonio. Quindi l'indicazione dell'uso dell'insulina è ben chiara. È da sperare tuttavia che l'avvenire ci riserbi la possibilità di aumentare la efficacia dell'insulina per mezzo di sostanze, quali il Sabatini sta studiando o che si trovi il modo di somministrarla per bocca. Per ora solo ragioni economiche possono a volte imporre di ricorrere ad altre medicazioni (solfo, acque minerali) come da varie parti si è prospettato (Izar, Ferrannini, Campanacci) e l'impiego di speciali farinacei, o di sionite o di zuccheri caramellati, ecc.

Ad ogni modo oggi si può ben mantenere la frase: le restrizioni alimentari nel diabete sono superate, si comprende fermo restando la norma di una dieta ben stabilita per numero non eccedente di calorie e per composizione razionale.

E se in alcuni casi per le condizioni economiche del malato si deve adoperare solo la terapia dietetica, questo è un problema economico soltanto, non è più un metodo medico.

Per quel che riguarda la patogenesi del diabete mellito vero, forse è più giusto chiamarlo insulare piuttosto che pancreatico, volendo intendere, così che esso si deve alla mancata azione dell'insulina, il che può avvenire sia perchè non si formi insulina, che perchè la insulina non può esplicare la sua azione anche se si è prodotta ed è presente.

Meritevole di essere rilevata è stata la considerazione fatta da Piazza e sulla quale ha anche richiamato l'attenzione Silvestrini e cioè il modo con cui l'insulina, esplicata la sua azione, si comporta, ma fin'ora ignoriamo come essa scompaia o si renda inoffensiva.

Quanto ai rapporti fra secrezione interna ed esterna del pancreas, sui quali ha insistito il Cesa Bianchi, gli piace riferirsi completamente a quanto ha detto al cap. VIII della sua Relazione, citando largamente appunto anche le osservazioni del suo allievo Boattini.

Prende atto con piacere delle conferme alle osservazioni del Bettoni, date da Jacono e riferite da Ferrannini. Circa quanto pensa Galdi e cioè che il sistema nervoso vegetativo abbia una vera funzione di regolazione del ricambio, al R. sembra che nessuna dimostrazione sicura vi sia che provi questa sua funzione e che tutto induca veramente ad escluderlo.

L'importanza delle modificazioni del ricambio proteico nel diabete è certamente grande ed infatti anche il R. si è espresso così nella sua Relazione. Con i rilievi fatti dal D'Amato, stanno infatti le osservazioni fatte da varie parti e confermate anche dal Gerbi di una notevole altezza della costante di Ambard, con quelle del Ciaccio e del Racchiusa e con quelle del Cabrini sulla influenza del carico di carne sulla glicemia.

Anche il ricambio dello zolfo, sul quale richiama l'attenzione il Campanacci sembra doversi prendere in considerazione nello studio del diabete.

Per quanto riguarda la curva glicemica da carico di glucosio, la critica mossa dal Condorelli alle ricerche dell'Ernst e del v. Magassy, gli sembra che trovi risposta nei dati riferiti da questi AA. dai quali è anche risposto alla domanda fatta da Izar.

A proposito di alterazioni epatiche, nella reazione egli ha fatta larga parte all'esame della glicogenogenesi in relazione all'insulina e alla produzione dei corpi chetonici, per le osservazioni di presenza di glicogeno in larga misura nel fegato di diabetici morti in coma o per gravi sepsi e per la possibilità che si abbia chetonuria anche quando vi sia glicogeno in quantità sufficiente

e con glicemia alta, il che coincide con quanto dice il Cesa Bianchi.

Nel caso riferito a pag. 48-49 nella Relazione la scomparsa di acetone fu costante sotto l'uso di iniezioni endovenose di calcio e di endoneutraulio e riappariva se queste si sospendevano, il che concorda con la osservazione del Landolfi.

L'aver messo in luce i problemi che ancora sono da risolvere non deve far considerare con scetticismo, come da qualche parte si è prospettato, il lavoro intenso che ferve. Se nel campo patogenetico la scoperta dell'insulina più che dare chiarimenti ci spinge a nuove difficili ma appassionate indagini, occorre ricordare che nel campo terapeutico essa a ridato la vita a molti condannati a perderla.

Seduta antimeridiana (19 ottobre, ore 10).

Presidenza: Prof. P. CASTELLINO.

Il PRESIDENTE dichiara aperta la seduta e dà la parola al prof. C. GAMNA, che svolge la Relazione su

Le modalità di origine e di evoluzione clinica della tubercolosi polmonare.

(*Conclusioni*).

Premessi i criteri che la informano ed il metodo di lavoro seguito nelle ricerche svolte nella sua Clinica per lo studio dei vari problemi relativi al suo tema, l'O. separa dapprima le forme di evoluzione della tubercolosi polmonare appartenenti all'infezione primaria (sia nell'età infantile che nell'adulta) e di questa traccia il ciclo nella sua espressione più tipica, quella del complesso primario e nei suoi ulteriori sviluppi precoci e tardivi. Cerca poi di definire sulle nozioni attualmente possedute la forma ed il significato delle prime lesioni successive all'infezione primaria: ciò che gli dà occasione a discutere i concetti della reinfezione e della superinfezione dal punto di vista della clinica, cui non si addice come base di distinzione e di differenziazione diagnostica il criterio dell'antitesi impostata dai patologi tra prodotti d'infezione primaria e prodotti di reinfezione.

Il Relatore viene ad analizzare poi, sulla base del proprio materiale d'osservazione, le manifestazioni cliniche postprimarie e le varie modalità della loro evoluzione: dapprima la tubercolosi isolata dell'apice, che non nel senso strettamente patologico, ma nel senso nosografico mantiene nelle sue forme più comuni una figura sua propria abbastanza caratteristica: poi le forme croniche circoscritte non apicali, che rappresentano secondo l'O. in gran parte stadi evolutivi cronici d'infiltrati precoci oppure metastasi ematogeno-polmonari a evoluzione torpida.

Vengono in seguito descritte e studiate con numerosi contributi originali quelle lesioni infiltrative generalmente extra-apicali oggi tanto studiate, di cui è tipo l'infiltrato precoce sottoclaveare di Assmann e Redeker. L'O. espone nei suoi vari aspetti la clinica degli infiltrati tisiogeni, ne discute poi l'origine, che non è unica ma varia, il significato patologico, che può essere anch'esso diverso e tratta poi dei problemi patogenetici e clinici che sono connessi con questi punti e per i quali va rinnovandosi con criteri e mezzi moderni tutto lo studio della tisiogenesi. Dimostra, come deduzione generale e pratica delle ultime correnti d'indagine e di pensiero, essere l'interesse delle nuove acquisizioni sopratutto clinico, per il contributo precipuo che danno alla diagnosi, all'orientazione delle prognosi, all'indirizzo terapeutico.

Non tutta però la clinica della tubercolosi polmonare si compendia nell'evoluzione degli infiltrati tisiogeni e si deve anche dare posto, sebbene per ora non ben definito, in ispecie riguardo alla genesi, ad altre forme di evoluzione cronica progressiva che l'O. espone e commenta.

Segue l'esame della diffusione intrapolmonare della malattia, nei suoi fattori, nelle sue vie, nei suoi prodotti, nelle sue modalità cliniche: poi del modo in cui si svolge il corso generale della tubercolosi polmonare con le sue alternanze di attività e di sosta, e la ricerca dei fattori di queste alternanze.

In seguito sono considerate come varietà speciali della malattia, sempre analizzate sopra casistica propria, le forme di tubercolosi ilare e parailare per gli aspetti semeiologici, i quesiti diagnostici e patogenetici che propongono allo studio: poi tutto il gruppo delle forme ematogene acute e croniche, intese non come semplice varietà d'origine di lesioni tubercolari del polmone, ma come modalità cliniche di sviluppo e di progressione dell'affezione polmonare.

Compiuta questa parte analitica, l'O. traccia in un altro paragrafo le principali figure nosologiche della malattia, quali si disegnano nell'ambito delle singole modalità di evoluzione prima considerate, e precisamente: le forme di tisi primaria, la tisi della pubertà, gli sviluppi acuti e subacuti da infiltrati polmonari circoscritti postprimari e le loro varietà di evoluzione, la pneumonite tubercolare, le diverse forme cliniche della tisi, le forme di tubercolosi cronica circoscritta apicale o sottoapicale, quelle di tubercolosi parailare, le forme ematogene miliariche acute e croniche.

Vengono poi considerati nel loro vario significato clinico i processi pleuritici che seguono nel corso multiforme della tubercolosi polmonare: indi le modalità e le forme cliniche di guarigione.

Un'ultima parte infine è dedicata all'esame delle condizioni e dei fattori che esplicano un'influenza sullo sviluppo della tubercolosi polmonare, capaci cioè di dare per se stessi un'impronta alla evoluzione della malattia: la costituzione organica, l'età, le funzioni di maternità, il diabete, il cancro, le pneumoconiosi, le malattie infettive acute e croniche, ecc.

Chiude la relazione un accenno critico alle concezioni schematiche dello sviluppo della tubercolosi polmonare su base immunbiologica (classificazione di Ranke e derivati), che l'O. non crede adatta a far da base ad una classificazione della polimorfa fenomenologia clinica nè a dare a questa un ordine sistematico, ciclico.

Molto più importanti di questi tentativi sono per la clinica alcuni fatti e criteri esposti e commentati nella relazione, che rappresentano le acquisizioni dei nuovi indirizzi di ricerca e cioè: la identificazione clinica del complesso primario e dei suoi sviluppi precoci e tardivi; la conoscenza dei focolai isolati d'infiltrazione pneumonica in sede prevalente sottoapicale (infiltrato precoce) come tipica forma clinica di tubercolosi incipiente nell'adulto e prima fase di sviluppo tisiogeno della malattia; inoltre il persistere del componente linfoghiandolare del complesso primario come foco-

laio permanente o esacerbato di disseminazione nell'apparato respiratorio, le reazioni perifocali come indice di risveglio di focolai quiescenti; la caverna come centro di disseminazione aerogena. Importanti sono inoltre le constatazioni della tendenza più espansiva, più evolutiva delle lesioni aerogene in confronto di quelle ematogene: della possibilità di un decorso cronico e benigno di tubercolosi miliariche dei polmoni e della possibilità d'altra parte che una tisi cronica segua a lesioni miliariche ricorrenti: dell'influenza che la superinfezione può esercitare sopra lesioni quiescenti così da farla passare a fasi evolutive: di un certo ordine topografico nella diffusione intrapolmonare della malattia, in rapporto alla situazione che il primo focolaio ha rispetto alla disposizione dell'albero bronchiale ed in rapporto con la dinamica respiratoria.

* * *

Terminata l'esposizione orale del prof. Gamna, il PRESIDENTE dà la parola al correlatore prof. A. OMODEI-ZORINI.

(*Conclusioni*).

L'O. affronta e sviluppa il quesito *delle modalità di origine della tubercolosi polmonare primaria infantile*, dividendo la relazione in due parti principali:

Nella prima tratta dei vari tipi di virus, della loro azione patogena per il polmone umano, delle porte e vie di entrata del bacillo di Koch nel corpo umano, *nella seconda* delle variazioni del terreno organico, delle prime manifestazioni cliniche, morfologiche e immunitarie della malattia.

Constatata, sulla base di numerosi dati morfologici, sperimentali e statistici raccolti negli ultimi decenni, *la scarsa azione patogena del bacillo bovino* per il polmone umano, contrariamente alla vecchia ipotesi di Behring, la *nessuna importanza pratica dei bacilli di tipo aviario*, o *degli animali a sangue freddo*, o *dei bacilli acido-resistenti saprofiti*, si addentra nel difficile e dibattuto problema del *virus granulare e filtrabile*. Per quanto riguarda i granuli di Mircoli-Much, egli pensa che siano dei prodotti di disintegrazione del bacillo tubercolare, sprovvisti di capacità vitale ed evolutiva e quindi non rappresentino una fase particolare di sviluppo del bacillo di Koch nell'organismo umano.

Della recente e già lunga storia del virus filtrabile tubercolare, così combattuta fra due opposte correnti (quella dei positivisti e quella dei negativisti) l'O. ci dà un breve riassunto critico, passando prima in rassegna le principali obbiezioni alla filtrabilità del bacillo e poi accennando alle esperienze più recenti che la rendono probabile. Pur dimostrando un certo scetticismo, l'O. si astiene da un giudizio definitivo, in attesa di ulteriori e prossimi controlli. Più nettamente contrario si dimostra invece a proposito della questione, connessa colla precedente, *del passaggio transplacentare, del virus filtrabile e della sua patogeneità per l'organismo del neonato e del lattante*. Anche a prescindere dalle osservazioni molto dubbie e contradditorie finora addotte, la esperienza clinica ostetrica e pediatrica, proveniente sopra tutto dai centri profilattici, parla contro il valore patogeno del virus filtrabile per il polmone umano, di fronte a quello di gran lunga preponderante del contagio postnatale.

Passa quindi a riferire sulla *tubercolosi bacillare congenita*, di cui ammette l'evenienza, ma nello stesso tempo la sua rarità. Discute e critica la teoria « geneogenetica » di Baumgarten.

Dà la massima importanza *al contagio extrauterino*. Tra le sorgenti più comuni di infezione cita il « pulviscolo bacillifero » che si può verificare negli ambienti frequentati da tubercolosi aperti, le goccioline di espettorato emesse colla tosse o lo sternuto dai malati stessi, la polvere dei pavimenti delle abitazioni, dei vestiti, delle coperte, dei tappeti, ecc. usati per l'assistenza dei tisici, mentre attribuisce una importanza subordinata al latte materno, ai residui alimentari, ai materiali di rifiuto di ospedali e sanatori, alle feci, urine, essudati tubercolari, agli animali bovini e domestici.

Si dichiara *fautore della aerogenesi*, nella sua espansione più pura, cioè della *inalazione diretta* delle cariche bacillari e loro penetrazione nei bronchioli respiratori e alveoli dei bambini durante la prima o la seconda infanzia. A questo proposito sviluppa ampiamente i dati clinici, sperimentali e anatomo-patologici favorevoli e contrari all'aerogenesi. Ammette l'altissimo valore difensivo delle prime vie aeree, per cui l'aria è praticamente sterile quando raggiunge gli alveoli; tuttavia pensa che, se ciò succede normalmente, talora per l'intervento di una causa occasionale (processi infiammatori delle prime vie respiratorie, malattie infettive esantematiche, ambiente di contagio massivo, ecc.) possa venire meno il delicato meccanismo protettivo naturale, sì da permettere almeno una volta nella vita della maggioranza degli uomini la penetrazione endo-polmonare di una carica bacillare sufficiente a determinare un processo specifico circoscritto. *I dati sperimentali sono pure favorevoli per tale concezione*, non tanto in base alle antiche e grossolane esperienze di Chaussée, Flügge, ecc., ma a numerose altre più moderne e convincenti che dimostrano la possibilità dell'inalazione di poche unità o decine di bacilli nella cavia, nel coniglio o nella capra con produzione di tubercoli, mentre alcune osservazioni cliniche accidentali mettono in vivida luce la grande sensibilità dei bambini al bacillo di Koch, vicina se non eguale a quella delle cavie. Contraddice per propria esperienza i dati batterioscopici della scuola di Nocard e della sig.na Prospert. Dal punto di vista anatomo-patologico, sostiene l'equivalenza « focolaio polmonare e complesso primario = porta d'entrata del virus tubercolare » sulla guida di abbondante materiale anatomico pediatrico e di adulti di altrui e propria osservazione. Conclude ammettendo che la via inalatoria sia la più comunemente seguita da bacillo di Koch (oltre l'80 % dei casi di tubercolosi infantile).

È contrario ai concetti di Calmette di latenza primaria del bacillo di Koch nell'organismo umano e della sua penetrazione più frequente per la via intestinale e linfatica. Discute e critica gli argomenti sperimentali, clinici, morfologici, e di patologia comparata riportati da Calmette nel suo trattato, opponendo una serie di osservazioni divergenti e i risultati della propria esperienza nei diversi campi della clinica e della biologia. Ritiene che la penetrazione per via intestinale si avveri in una percentuale non superiore al 15 % di tutti i casi di tubercolosi primaria.

È pure poco propenso per la genesi tonsillare o dalle prime vie digerenti, o dalla cute, o dagli organi genitali o dalla mucosa congiuntivale, di

cui riduce la frequenza a una percentuale minima, documentando la propria opinione con dati tratti dalla letteratura medica e da esperienze eseguite nell'Istituto Benito Mussolini.

La seconda parte del lavoro comprende una rapida discussione sulla eredo-distrofia ed eredo-predisposizione alla tubercolosi, di cui ammette l'influenza specie per il decorso della malattia e per le reinfezioni esogene dell'adulto, non tanto per le infezioni primarie infantili in cui ha maggiore importanza il coefficiente « contagio ».

Della teoria opposta o eredo-immunitaria, egli espone i principali argomenti che rendono plausibile l'idea di un maggior adattamento delle popolazioni civili al bacillo tubercolare rispetto alle popolazioni vergini da tubercolosi, fenomeno trasmissibile in via ereditaria con un meccanismo non ben noto; cita osservazioni di bambini allevati nelle stesse condizioni di contagio massivo che reagiscono in modo diverso all'infezione; eleva tuttavia qualche riserva derivata da constatazioni anatomiche, statistiche e dalla moderna concezione dell'immunità tubercolare acquisita e di natura istogena. Parla poi brevemente dei fattori occasionali.

L'O. illustra quindi succintamente il quadro clinico della *tossiemia tubercolare* nei lattanti e bambini della prima infanzia e della adenopatia tubercolare tracheo-bronchiale, riportando sessanta casi di tubercolosi ganglio-polmonare primaria di propria osservazione e sostenendo la priorità morfologica del focolaio polmonare su quello ghiandolare. Parla dell'evoluzione anatomo-patologica del complesso primario di Ranke e i risultati di centonove autopsie eseguite su lattanti e bambini della prima e seconda infanzia (tra cui trentatre casi di tubercolosi primaria: venticinque complessi polmonari primari, due polmoniti caseose acute, un focolaio isolato polmonare, un focolaio isolato ghiandolare, tre complessi primari intestinali). Accenna pure all'evoluzione del complesso primario tardivo, in età adulta.

Sulla genesi della tubercolosi polmonare primaria senza complesso primario (riducibile secondo l'O. a pochi casi di tubercolosi congenita bacillare, di miliare acuta ematogena, di tubercolosi primitivamente ossea e ghiandolare e secondariamente polmonare) espone e critica la vecchia teoria meccanica e quella più recente allergica; ricorda inoltre tre casi personali di tubercolosi miliarica post-primaria benigna e a focolai calcificati.

Chiude con una rapida rassegna della moderna concezione di immunità e allergia tubercolare, avvicinandosi di massima all'idea di una relativa immunità istogena da focolaio tubercolare, pur rilevando che alcuni fatti clinici di comune osservazione non si accordano del tutto con tale ipotesi; ricorda infine i principali punti della teoria di Ranke di cui accetta l'individualità del « complesso primario » e il concetto della « tisi isolata ».

Seduta pomeridiana (ore 15).

Presidente: Prof. P. Castellino.

Discussione della Relazione.

Prof. R. Jemma (Napoli). — Dopo aver rilevato l'importanza delle due relazioni, si compiace di constatare che oggi anche da chi non si occupi di pediatria, si dà molta importanza all'infezione che avviene nel bambino, poichè oggi non si può più disconoscere che l'infezione avviene quasi nella totalità prima della pubertà, poichè dopo i 15 anni si ha quasi sempre la malattia non l'infezione tubercolare. Egli ricorda come si deve a clinici che si sono occupati del bambino il concetto che la 1ª localizzazione è nei gangli tracheo-bronchiali. È d'accordo col prof. Omodei-Zorini che nell'infezione si deve dar grande importanza alla via aerogena, mentre la via enterogena rappresenta l'eccezione. In quanto al virus filtrabile ed al concetto dell'ereditarietà, egli fa le sue riserve, e ritiene che per il momento dobbiamo insistere sul contagio (che non si può discutere) perchè diversamente quanto si fa nella lotta contro la tubercolosi sarebbe perduto, e si tornerebbe al periodo in cui si riteneva che la tubercolosi fosse un morbo che si eredita e non si contagia.

Egli crede che la lotta contro la tubercolosi si deve fare nel bambino, anzi nel neonato, e crede che la profilassi immunitaria ch'è gloria di un italiano, del Maragliano, che è stato il primo a concepirla, risolverà il problema, qualunque sia il metodo che si vorrà usare.

L. Giuffrè (Palermo). — I Relatori pur trattando dell'origine ed evoluzione della tub. polmonare, hanno dato fondo a tutto il complesso argomento; tanto dal punto di vista delle lesioni anatomiche primarie e post-primarie, e relativa sintomatologia quanto da quella della etiologia esogena e della endogena.

Si associa pienamente alle considerazioni per le quali il prof. Gamna ha fatto tabula rasa di tutte le classificazioni e schemi che nel volgere di qualche decennio si sono susseguite le une alle altre. Chiede se non sembri al Relatore migliore la distinzione di forme silenti e forme attive, che è quella che più importa dal punto di vista della prognosi e della cura.

Dal prof. Omodei-Zorini desidera di conoscere più nettamente il suo pensiero in fatto di predisposizione per rapporto alla costituzione generale, ed a quella parziale, ed in particolare all'abito tisico, ed ai caratteri oggi detti umorali, che oggi quasi esclusivamente si vogliono riferire alle cosiddette costellazioni, o pertanto, come spesso sono, nebulose endocrine.

Accennando a questa questione morfologica e umorale, rende omaggio agli studi del nostro grande maestro De Giovanni e nei continuatori, pur insistendo nel dissenso, che in molti punti ha già espresso in altre occasioni. A questo proposito rende omaggio alla memoria d'un altro nostro grande maestro, di cui è da lamentare che sia stato taciuto ieri a proposito del diabete, Arnaldo Cantani. E conclude rendendo omaggio a quest'altra nostra gloria vivente Edoardo Maragliano, così benemerito degli studi sulla tubercolosi, primo assertore ed antesignano della vaccinazione antitubercolare.

Prof. M. Ascoli (Palermo). — Definisce la relazione Gamna una nobile, meritoria, non improficua fatica di demolizione, resa necessaria dall'imperversare del confusionismo e dal moltiplicarsi delle classificazioni delle forme cliniche della tbc. polmonare; plaude anche alla lucida esposizione del prof. Omodei-Zorini.

Desidera porre il problema dei fattori meccanici nel determinismo delle disseminazioni bronchiali nella evoluzione del processo tubercolare.

Vien fatto di chiedersi, ove si consideri la facilità di diffusione nell'albero bronchiale di liquidi introdotti artificialmente in trachea, come mai le disseminazioni bronchiali non avvengano subito e in grado imponente in tutti i malati ad espettorato bacillifero.

Egli prospetta al riguardo l'importanza che compete alle musculature, al tessuto elastico, alla innervazione bronchiale, al suo epitelio vibratile e alle loro alterazioni patologiche.

E, in particolare per quanto concerne la distribuzione di liquidi nell'albero bronchiale, richiama l'attenzione sul fattore rappresentato dalla costituzione chimica, dalla densità, dalla viscosità, dalle loro proprietà fisiche in genere.

Al riguardo nella Clinica di Palermo il prof. Di Renzo ha eseguito delle esperienze per studiare sul coniglio l'effetto della istituzione di un pneumotorace sulla diffusione centrolaterale di liquidi introdotti per via tracheale in un lato dell'albero bronchiale, ed ha anche osservato che, quando il gaz raggiunge una data pressione il passaggio del liquido al lato opposto è favorito.

L'O. si guarda assolutamente dal trarre per ora qualsiasi inferenza da questi esperimenti che vuole considerati esclusivamente come un inizio, un avviamento allo studio del complesso problema del concorso dei fattori meccanici nella determinazione delle propagazioni del processo tubercolare per via bronchiale.

C. Terni (Napoli). — Ricorda come il concetto della filtrabilità e della possibilità del passaggio del virus tbc. sia stato ora convalidato dalle esperienze di Ninni e di Sanarelli e Alessandrini A., ma si augura ad ogni modo che venga attuata la proposta fatta nel Congresso di Microbiologia di Milano, che si costituisca una commissione di *filtrofili* e *antifiltrofili* per un lavoro di controllo reciproco, diretto a definire in modo definitivo il dissidio.

A proposito dell'accenno fatto dal Relatore della difesa contro la penetrazione delle polveri e quindi dei bacilli tubercolari per via aerea, l'O. fa osservare che quando si parla di antracosi bisogna distinguere negli effetti l'antracosi da polvere di carbon fossile e l'antracosi da polvere di carbone vegetale, inquantochè mentre la polvere di carbon fossile difficilmente raggiunge gli alveoli, quella di carbon di legna arriva negli alveoli e nel tessuto interalveolare, come si può rilevare coll'esame dello sputo nei comuni carbonai facilmente affetti da bronchiti catarrali, per la presenza notevole di cellule desquamative degli alveoli sopra cariche di granuli di carbone.

Prof. M. Landolfi (Napoli). — Ricorda il nome del prof. Schrön per le sue gloriose scoperte in tisiologia.

Ha perfezionato dopo parecchi anni di ricerche, specie negli ultimi anni nell'Istituto Achille De Giovanni da lui diretto, e tenendo conto delle critiche fatte, il suo metodo di diagnosi precocissima della tubercolosi polmonare mediante la sensibilizzazione con la tiroidina, metodo che esegue attualmente in tre giorni solamente.

Ringrazia il prof. Gamna per la cortese citazione ed il prof. Boeri per aver intitolato anche al suo nome la zona di Chauvet che rivendica all'O., come appartengono egualmente al Landolfi i noti punti specie l'*A*. e l'*E*., che corrispondono all'infiltrato di Assmann.

Espone in sintesi le ricerche dei colleghi dell'Istituto Magliulo, Lauri, Guzzi, De Arcangelis, e Verde.

Silvestrini (Perugia). — Si intrattiene lungamente sulla questione del virus filtrabile tubercolare.

U. Arcangeli (Roma). — Conviene sulla frequente localizzazione nella zona mediana del polmone nei casi clinicamente iniziali della tubercolosi: da ciò la necessità di un attento esame fisico e radiologico delle zone mediane e perilari.

Crede che il complesso primario spesso dia sintomi di sè e crede che molte febbri da indigestione o gastriche dei bambini siano dovute all'infezione primaria.

Crede la tubercolosi evolutiva degli adulti quasi sempre una superinfezione esogena; ricorda che i tubercolosi si reinfettano con l'espettorato di essi stessi, se non pensano a distruggere o disinfettare lo sputo.

Crede poi che la logica e l'esperienza clinica depongono per il fatto che la tubercolosi degli adulti è quasi sempre una reinfezione esogena. Se il tubercoloso non è immunizzato per i propri bacilli, come lo sarà per i bacilli provenienti dall'esterno? Ciò è assurdo.

L'esperienza clinica permette assai spesso di determinare la fonte del contagio.

Resta così confermato ciò che si pensava anche 2400 anni or sono, che diventa tisico chi convive coi tisici (Isocrate).

Se ora non si vede questo fatto inesorabilmente si deve alle maggiori precauzioni attuali.

D. Cesa Bianchi (Milano). — Conviene col relatore prof. Gamna sulla opportunità attuale di astenersi in tema di evoluzione clinica della T. P. nell'adulto da un eccessivo rigorismo e da classificazioni tanto facili a farsi quanto spesso artificiose.

Come molteplici son le modalità d'infezione primaria, così molteplici sono le modalità di evoluzione clinica della T. P., pur essendovi senza dubbio una modalità di infezione primaria e rispettivamente una modalità di evoluzione clinica di gran lunga più frequenti: l'aerogena nel primo caso e l'inizio apicale nel secondo, a suo modo di vedere.

Aggiunge che fra queste diverse modalità di evoluzione clinica non vi è distinzione netta, non vi sono, per così dire, compartimenti stagni, ma al contrario esistono anzi rapporti stretti, stadi intermedi, a rendere più difficile la loro separazione.

Alla vecchia dottrina dell'inizio apicale, ancora oggi energicamente difesa specialmente dagli anatomo-patologi, si sono andate aggiungendo due nuove dottrine: quella dell'infiltrato sottoclaveare precoce, alla quale tanto contributo ha portato la radiologia, e quella dell'inizio ilare con formazione secondaria dell'infiltrato sottoclaveare ed eventualmente della localizzazione apicale.

L'osservazione anatomo-clinica dimostra che tutte e tre le localizzazioni sono possibili: l'ultima però va considerata come eccezionale, od almeno rara, in confronto della frequenza delle altre due modalità.

È inutile insistere sull'importanza della nozione da infiltrato precoce, purchè intesa non come prima manifestazione in ordine di tempo, ma bensì come prima manifestazione clinica della reinfezione tubercolare e meglio ancora come prima espressione radiologica della T. P. attiva dell'adulto.

In pratica l'inizio apicale è più frequente ad osservarsi ed in genere meno grave; meno frequente ma di significato generalmente più grave è invero l'inizio sottoclaveare. La T. P. dell'adulto difatti, quando è contrassegnata inizialmente dall'infiltrato di Assmann, ha in generale carattere essudativo e tendenza distruttiva, non di rado rapida: quella invece contrassegnata inizialmente dalla lesione apicale ha generalmente carattere infiltrante e tendenza evolutiva torpida.

Ne deriva dal punto di vista terapeutico che se in questo caso trova abituale indicazione la cura aspettante, di riposo, igienico-dietetica ecc., nel primo caso invece il trattamento terapeutico di elezione sarà costituito dal pneumotorace artificiale.

Per quanto riguarda le modalità di origine della T. P. o meglio le modalità di infezione primaria, il Relatore prof. Omodei-Zorini molto opportunamente, escludendo ogni assolutismo, ammette una pluralità di porta d'entrata, pur assegnando la predominanza alla via inalatoria. E non si può che seguirlo in questa direttiva, oramai nettamente tracciata e validamente documentata da molti anni, da un ricco materiale di osservazioni anatomo-cliniche e sperimentali.

Nel campo più strettamente etiologico il Relatore, dopo qualche incertezza, finisce col dichiararsi favorevole alla pluralità morfologica del virus tubercolare o meglio alla esistenza di diverse fasi nel ciclo vitale del v. t.: virus filtrabile, virus granulare grampositivo e virus bacillare acido-resistente. È evidente che le più recenti ricerche sull'argomento ed in modo speciale quelle delle nostre scuole di Padova e di Roma, hanno finito col rimuovere molti dubbi in materia.

Personalmente non ne è altrettanto persuaso. A parte i reperti contradittori, numerosi e ben circostanziati, nessuna di queste ricerche è così immune da critiche da potersi ritenere come sicuramente dimostrativa per la esistenza di un v. t. filtrabile. Non quelle di Ninni, che dimostrano soltanto la possibile filtrazione della sostanza adipo-cerosa, come ha affermato il Capuani; non quelle della scuola di Casagrandi non sufficientemente dimostrative, e neppure quelle di Sanarelli ed Alessandrini, certamente di gran lunga le più suggestive e le meglio documentate.

Allo stato attuale delle nostre conoscenze, come sperimentatore e come biologo l'O. non ritiene che si sia ancora raggiunta la prova dell'esistenza di un v. t. f., tanto più in quanto trattandosi di questione implicante gravi problemi di biologia generale questa prova deve essere inequivocabile, mentre come clinico è disposto ad ammettere od almeno ha la sensazione che non convenga oggi più costringere il v. t. nella sua sola forma bacillare e che la esistenza di altre fasi di sviluppo di questo virus possa meglio spiegare molti punti ancora oscuri nella patologia e nella clinica dell'infezione tubercolare.

RISPOSTA DEI RELATORI.

C. GAMNA (relatore). — Ringrazia gli OO. intervenuti nella discussione, lieto del consenso unanime da loro espresso sul modo tenuto nello svolgere il suo tema. Sottolinea l'interesse delle affermazioni fatte dal prof. Jemma e dal prof. Arcangeli per mantenere alla infezione aerogena la sua importanza che è ben provata dall'osservazione clinica, anche se ancora ci manca una conoscenza sicura della via seguita dai bacilli dopo la cavità faringea. Non bisogna, secondo il relatore, identificare il concetto d'infezione aerogena con quello di penetrazione dei bacilli tubercolari nell'alveolo respiratorio: sebbene questa penetrazione non possa essere diversamente dimostrata che fino a certe sezioni dell'albero bronchiale è da ricordare, sulla base di già vecchie nozioni anatomo-istologiche, che i germi aspirati vengono convogliati per i vasi linfatici in piccoli accumuli di tessuto linfatico situati sotto la pleura (Heller) nei quali si producono lesioni tubercolari, cui il parenchima alveolare circostante partecipa collateralmente con processi infiltrativi che oggi si potrebbero interpetrare di reazione perifocale: in questo complesso anatomico consiste essenzialmente il focolaio primario polmonare, e se la caseosi o la formazione di prodotti follicolari specifici si estende anche all'alone perifocale, il focolaio si fa più notevole e può dare segno della sua presenza o lasciare, calcificando, un ben apprezzabile residuo.

Il Relatore consente pienamente con quanto espresse il prof. Giuffrè ritenendo con lui che sia molto importante difendere il metodo clinico e didattico dal pericolo di far consistere il problema diagnostico della tubercolosi polmonare in una esplorazione radiologica.

Al prof. Ascoli esprime un particolare ringraziamento per le lusinghiere parole con cui egli ha giudicato la relazione. Trova molto interessanti le indagini sperimentali eseguite nella Clinica di Palermo. Esse confermano indirettamente le asserzioni fatte nella relazione stessa circa la genesi delle disseminazioni broncogene. È infatti evidente che, oltre ai fattori meccanici rappresentati dalla disposizione anatomica del sistema canalicolare dei bronchi e dalle condizioni della dinamica respiratoria, altri fattori più complessi; in parte certamente di natura biologica, regolano l'entità e la distribuzione delle metastasi broncogene.

Al prof. Landolfi, che ha ricordato il suo metodo di esplorazione semeiotica del campo medio polmonare il relatore riconosce il merito (e l'ha nella sua relazione posto in rilievo) di avere tra i primi rivolta particolare attenzione a codesta zona che oggi si conferma essere così importante per la scoperta degli aspetti clinici iniziali della tubercolosi polmonare.

Le osservazioni che ha fatto il prof. Arcangeli, circa il modo subdolo e clinicamente ben caratteristico in cui può compiersi l'infezione tubercolare per via polmonare in ispecie nei bambini, sono condivise dall'oratore che nella relazione ha appunto espresso la convinzione che queste contaminazioni infantili e le conseguenti disseminazioni ematogene, frequenti nel periodo del complesso primario, siano responsabili di una parte delle affezioni febbrili di natura indeterminata ad esito favorevole che si osservano così spesso nell'età infantile.

Si trova, infine, il relatore d'accordo con il prof. Cesa Bianchi come col prof. Ascoli sull'opportunità di rinunciare al tanto rinnovato ma altrettanto inutile tentativo di schematizzare in

classificazioni le « forme » della tubercolosi polmonare e si compiace che i predetti relatori abbiano apprezzato il modo da lui tenuto nell'ordinare la materia e nel concepire nel senso nosologico i polimorfi aspetti della malattia.

E prendendo lo spunto dallo spirito cui furono improntate le osservazioni di tutti gli intervenuti nella discussione e cui ha cercato da parte sua di indirizzare la relazione, l'O. mette in rilievo come si sia qui opportunamente affermato in campo di tubercolosi polmonare, particolarmente ingombro da eccessi dottrinari, tutto il valore del metodo clinico classico che analizza e giudica l'individualità del caso morboso senza costringere il giudizio nell'angustia artificiosa di uno schema o di una dottrina.

OMODEI-ZORINI. — Ringrazia gli OO. per le benevoli parole a suo riguardo.

È lieto che il prof. Jemma abbia manifestato il suo accordo alle idee personali; conferma che, stando ai propri reperti, è tratto ad ammettere la coincidenza del complesso primario con la porta d'entrata del virus.

Al prof. Giuffrè dichiara che la trattazione del coefficiente costituzionale fu logicamente limitata alla genesi della infezione primaria e quindi alla discussione dell'eredo-predisposizione, eredo-distrofia e della teoria opposta eredo-immunitaria, riservando al correlatore lo svolgimento dei rapporti tra dati costituzionali ed evoluzione della malattia, o modalità di reinfezione.

Ai proff. Terni e Silvestrini legge diversi brani della relazione stampata in cui si dà la giusta importanza ai lavori di Massucci e a quelli di Ninni, di Sanarelli ed Alessandrini sul virus filtrabile tubercolare, manifestando l'opinione che sopratutto queste ultime esperienze vadano controllate ed estese. Nella genesi del pseudo-reumatismo tubercolare pensa piuttosto a fattori tossiemici.

Infine al prof. Cesa-Bianchi dichiara che è egli pure contrario ad attribuire ai granuli di Mircoli-Much una capacità vitale ed evolutiva, ma propende per ritenerli dei prodotti di disintegrazione del corpo bacillare.

SEZIONE B.

Seduta pomeridiana (19 ottobre 1931, ore 15).

Presidenza: ZOJA.

Comunicazioni.

DOMINICI e OLIVA (Torino). — *Il ricambio emoglobinico nell'anemia perniciosa.*

P. RIZZELLI (Poggiardo). — *Osservazioni su 21 casi di pleurite.* — L'O. comunica i risultati da lui ottenuti nella cura della pleurite essudativa mediante la reiniezione sottocutanea di liquido estratto dallo stesso infermo.

V. CHINI (Padova). — *Ricerche sperimentali sulle artriti.* — E' stato possibile all'O. determinare una localizzazione articolare di flogosi allergica in conigli sensibilizzati per via endovenosa con siero eterologo, praticando, durante la preparazione o durante l'iniezione scatenante eseguita per via endoperitoneale o sottocutanea, un'iniezione di materiali flogogeni (etere) direttamente entro l'articolazione del ginocchio. Tale potere di localizzazione di flogosi allergica articolare viene anche esplicato da piccole quantità di acido urico pure introdotto direttamente entro il cavo articolare durante la preparazione allergica. Successive reiniezioni di siero eterologo provocano la comparsa di quadri di artrite cronica a carico di quella articolazione che era stata sede della primitiva flogosi allergica.

R. INGLESE (Napoli). — *Tubercolosi e costituzione.* — L'O. ha studiato la predisposizione costituzionale nei rapporti dell'infezione tubercolare, rilevando il profondo antagonismo esistente fra le due combinazioni morfologiche del De Giovanni I e III, rispettivamente tipo simpatico-estetico e vago-estetico del Castellino.

A suo avviso siffatto antagonismo è da riportarsi al ricambio iodato della tiroide: iperfunzione iodata nel primo caso, quale causa favorevole, ipofunzione iodata nel secondo caso, quale causa sfavorevole all'attecchimento del b. di Koch.

U. POLERÀ (Messina). — *Gastroterapia antianemica e funzionalità splenica.* — L'azione benefica della gastroterapia sulle anemie in genere e sull'anemia perniciosa in specie. Il meccanismo d'azione invece è ancora molto controverso ed appunto a tale scopo l'O. ha studiato in 17 soggetti le modificazioni indotte sul numero dei globuli rossi mentre essi venivano trattati contemporaneamente con il ventraemon (Dewop), con il fegato, e con l'adrenalina endovena ed ha trovato corrispondenza netta tra i risultati ottenuti con le tre sostanze.

A. FRANCAVIGLIA (Napoli). — *Irradiazione temporale nei diabetici.* — I casi di diabete irradiati dall'O. sono stati in numero di 4 ed in essi ha studiato le modificazioni della glicosuria, glicemia, acetonuria, acetonemia. Nei primi due casi (diabete magro con notevole acetonuria in soggetti luetici) l'irradiazione non produsse che diminuzione transitoria della glicosuria e dell'acetonemia, mentre in altri 2 casi (un diabete magro giovanile e un diabete grasso, il primo con notevole glicosuria ed acetonuria) dopo la 4ª applicazione, si ebbe un rapido miglioramento delle condizioni generali con abbassamento cospicuo della glicosuria, modico della glicemia e scomparsa completa dell'acetonuria. Una seconda serie di 4 irradiazioni, dopo 20 giorni stabilizzò questi risultati.

G. SANTUCCI (Genova). — *Il teletrasmettitore cardio-polmonare di Pende.* — L'O. per consiglio del suo maestro prof. Pende ha studiato la costruzione di un apparecchio a valvole termoioniche capace di analizzare minutamente da terra il comportamento del cuore di un aviatore in volo. Descrive la composizione dell'apparecchio e da esperimenti eseguiti l'O. afferma che esso è capace di riprodurre con un'amplificazione notevole i fenomeni acustici cardiaci e polmonari senza apprezzabili distorsioni, conservando cioè inalterate tutte le caratteristiche che si possono rilevare con l'ascoltazione mediata pel tramite del fonendoscopio Bazzi Bianchi. Oltre alla riproduzione dei toni normali, l'apparecchio riproduce in maniera evidente anche i toni anormali e i fenomeni acustici polmonari normali e patologici.

G. ALBERTI (Roma). — *Considerazioni sul diabete traumatico da traumi extra-cefalici.* — L'O. ha studiato quali rapporti possano intercorrere

tra traumi ed alcune forme di diabete mellito, prendendo in considerazione specialmente i traumi extracefalici, sia che colpiscano direttamente il pancreas minorandone la funzione interna, sia che colpiscano qualche altra ghiandola endocrina, intimamente connessa al ricambio dei carboidrati. Fra queste quelle che possono essere più frequentemente in causa sono il fegato, i testicoli, più raramente la tiroide.

La Conferenza del sen. Maragliano sulla vaccinazione antitubercolare.

Alle ore 19 del giorno 19 ottobre, nell'aula della Clinica Medica della R. Università di Bari, il sen. Maragliano tenne l'annunziata conferenza pubblica sul tema: « La vaccinazione preventiva della tubercolosi dal punto di vista scientifico e dal punto di vista pratico ».

Allorquando l'O. si alzò per iniziare la lettura della sua conferenza, una grande ovazione salutò il clinico illustre.

Il sen. Maragliano esordì ricordando che dalla esistenza di una immunità tubercolare, da lui già dimostrata a suo tempo ed ormai universalmente riconosciuta, egli aveva concepito la possibilità di realizzare una vaccinazione preventiva per difendere l'uomo dalle malattie tubercolari, vaccinazione che fu attuata in Italia nel 1903.

Poichè nel 1922 un biologo francese, Calmette, affermava egli pure la possibilità di una tale vaccinazione, e poichè, dimenticando quanto si era fatto in Italia, si diffuse la credenza che essa fosse una creazione francese, il sen. Maragliano enumerò le minute ricerche scientifiche italiane che costituirono la base della vaccinazione.

Fatta questa enumerazione, dalla quale è provato che in Italia il probema fu studiato nei suoi dettagli con una serie di lavori pubblicati dal 1895, prima assai che gli scienziati francesi se ne occupassero, concluse che la vaccinazione è patrimonio della scienza italiana. I vaccini già impiegati sono parecchi, ma tutti basati sulla immunità, come quello italiano.

L'illustre O. trasse la conclusione che non resta quindi che vaccinare. Il vaccino italiano è sicuramente innocuo, è approvato dal Governo, ha superato le prove, fu già applicato in Italia sopra centomila persone, senza danno alcuno, anzi con vantaggio e occupa perciò un posto importante nella lotta contro la tubercolosi.

La dotta conferenza dell'illustre clinico seguita con moltissimo interesse dall'uditorio fu alla fine sottolineata da una poderosa ovazione. Con lo scienziato si congratularono vivamente tutti i colleghi che gremivano l'aula della Clinica Medica.

Prese quindi la parola il prof. Francesco Galdi, il quale dopo aver rilevato che Edoardo Maragliano aveva espressamente desiderato di parlare in una scuola di clinica, disse che il Maestro, condottiero alacre e coraggioso della crociata antitubercolare, deve essere additato all'ammirazione di tutto il mondo civile. A lui perciò vanno il nostro plauso, il nostro augurio, le nostre benedizioni.

* * *

L'assemblea applaudì lungamente le elevate parole del prof. Galdi.

Subito dopo la brillante conferenza prese la parola il sen. prof. Gabbi, clinico di Parma, che dopo aver ricordato la decisione presa dall'Accademia di Scienze di Bologna di assegnare al prof. Calmette di Parigi il premio per la tubercolosi, mentre è merito indiscutibile del sen. Maragliano ed è una vera gloria della nostra Nazione la vaccinazione antitubercolare, cui il prof. Maragliano ha dedicato tutta la sua vita operosa di scienziato, ha proposto all'assemblea il seguente ordine del giorno:

« I soci della Società di Medicina Interna, riuniti in Congresso nella industre e patriottica città di Bari; udita la dotta conferenza del prof. Edoardo Maragliano, clinico insigne, scienziato sommo, patriota ardente, educatore appassionato, sulla vaccinazione antitubercolare, detta con passione giovanile, con ardore sostenuto, con grande chiarezza; ricordata l'opera sua sugli studi scientifici e sulla lotta contro la tubercolosi, svolta in un quarantennio di duro travaglio, di pertinaci assalti all'ignoto e di contrasti spesso violenti ed opachi nel fine, ma rinvigorenti la sua volontà, le sue forze, la sua fede, la sua resistenza per una conquista a favore dell'umanità; accertato che egli è il vero creatore ed il pioniere della vaccinazione antitubercolare, movente da saldi principii scientifici, sospinta sempre dalla fiducia di sottrarre dalla malattia e dalla morte i predestinati alla tubercolosi, procurando così alla scienza ed alla Patria nuovo lustro; ritenuto che per l'opera sua le radici della nostra stirpe travagliata nei secoli dalla fillossera mortale potranno essere a poco a poco sanate e rese feconde di più forti generazioni, così che alle madri non cadranno più lacrime, alla Patria non saranno più tolti i figli, alle operose industrie le braccia; constatato ancora oggi che l'anelito incessante, l'ansia di giungere alla vittoria continua a dare al nostro insigne maestro e collega, malgrado gli anni che avanzano, un'attività che è prova di mirabile giovinezza intellettuale, e che è passione di vita; sentono il bisogno ed il dovere di una unanime commozione di riconoscimento della sua magnifica opera di scienza e di vita, di segnalare a S. E. il Capo del Governo, Duce del Fascismo, in Edoardo Maragliano, il condottiero infaticabile della grande battaglia contro la più ostinata e grave infezione dell'uomo per una vittoria che sarà gloria dell'italia nuova ».

L'ordine del giorno sollevò l'unanime entusiastica approvazione. Prese quindi la parola il prof. Castellino che presiedeva l'assemblea.

Egli dichiarò di ricevere ben volentieri l'ordine del giorno presentato dal prof. Gabbi e firmato da tutti i clinici, e ringraziò anzitutto il prof. Maragliano di aver voluto accogliere l'invito della Società di Medicina Interna a trattare l'argomento così importante della vaccinazione antitubercolare, che, come l'assemblea ha constatato, contenuto nel breve limite di tempo impostosi, lo ha svolto però con tanto ordinato processo e con così chiara e persuasiva documentazione, da raggiungere la convinzione generale come non soltanto la priorità della grande concezione spetti all'esimio maestro e sia patrimonio di conquista italiana, oramai accolta da tutte le Nazioni, ma ancora di aver portato un prezioso contributo alla conoscenza di tutte quelle nozioni che riflettono sì viva luce nel campo del problema eziopatogenetico della tubercolosi. Egli così continuò:

« Le vibranti parole del prof. Galdi, che afferma come cotesta lezione dell'illustre maestro li-

gure resterà un titolo di ricordanza perenne per l'Università di Bari e quelle del prof. Gabbi, entrambe accolte da prolungata ovazione dall'assemblea, sono esse stesse espressive del consenso unanime di tutti all'accoglimento dell'ordine del giorno. Ma perchè ancora una volta essa si affermi in modo più degno e solenne, propongo la votazione per acclamazione ».

Le parole del prof. Castellino furono vivamente applaudite e l'assemblea votò con vivo entusiasmo, per acclamazione, l'ordine del giorno proposto dal senatore prof. Gabbi.

Seduta antimeridiana (20 ottobre, ore 9).

Seduta in comune col XXXVIII Congresso di Chirurgia.

Presidenti: Proff. ALESSANDRI e SCHUPFER.

PARTE MEDICA.

Pancreatite acuta e cronica.

Prof. A. GASBARRINI (Bari).

(*Conclusioni*).

L'O. premessi alcuni cenni sulla storia delle pancreatiti, e riassunte brevemente quelle nozioni di anatomia e di fisiologia che sono necessarie per la esatta comprensione della patologia dell'organo, ricorda come, dal punto di vista anatomico, i processi infiammatori che colpiscono il pancreas determinino reazioni tanto a carico del tessuto parenchimale, quanto a carico del connettivo di sostegno; alle quali si aggiungono, come elementi caratteristici, le necrosi cellulari, le emorragie e la steatonecrosi. La semeiologia clinica generica di queste lesioni fornisce pochi elementi diretti utilizzabili ai fini diagnostici. Generalmente la malattia fondamentale è svelata dai segni di sofferenza degli organi circostanti. Hanno tuttavia importanza diagnostica il dolore, spontaneo e provocato, il rilievo di tumori o tumefazioni in sede pancreatica, i disordini funzionali. Il significato di questi ultimi è mutevole a seconda delle varie forme cliniche di pancreatite, e la loro molteplicità risponde alla complessità di funzioni esplicate dall'organo colpito. Dallo spoglio dei dati desunti dalla letteratura, e anche e sopratutto da numerose ricerche sperimentali appositamente istituite, risulta che le prove digestive, e sopratutto il dosaggio dei grassi fecali, secondo Zoja, acquistano importanza notevole nella diagnosi delle forme di pancreatite cronica, mentre nelle forme acute (necrotiche) sembra fornito di importante significato l'aumento del tasso diastasico nel sangue e nelle urine. Lo studio della lipasi nel siero non pare invece atta a fornire elementi di giudizio sicuri; ed altrettanto deve dirsi, per quanto riguarda le pancreatiti croniche, del dosaggio dei fermenti fecali, fra i quali solo la tripsina sembra fornire criteri presuntivi degni di considerazione.

In genere tutti i mezzi di indagine diretti alla valutazione dei fermenti pancreatici nelle feci, ed anche nel secreto duodenale, appaiono atti a condurre a risultati probatori solo in caso di insufficienze gravi o totali. La funzione endocrina si mostra alterata in queste forme in una percentuale di casi non alta; ma non offre necessariamente chiare anomalie nel decorso della necrosi emorragica.

Il capitolo delle pancreatiti acute comprende un forma necrotica acuta, una forma suppurativa, una cancrenosa. L'etiologia della necrosi acuta, non ancora completamente chiara, ammette l'intervento di fattori tossici, infettivi, circolatori e traumatici. La patogenesi sempre riconducibile, con la maggiore verosimiglianza, a processi di attivazione intrapancreatica del fermento triptico. L'elemento primitivo, il primo anello della catena corrispondente alla caratteristica successione di fatti morbosi propri della malattia, appare costituito dalla necrosi cellulare, cui sussegue la liberazione di una chinasi fornita di alto potere attivante sul tripsinogeno.

L'edema, le emorragie, le reazioni peritoneali, i fatti tossici mortali sono secondari all'azione locale e generale della tripsina. La sintomatologia comprende manifestazioni dolorose pseudoperitonitiche e funzionali, il decorso può essere acuto o subacuto, l'esito è generalmente mortale. È impossibile una diagnosi di certezza.

La peritonite acuta perforativa, l'occlusione intestinale, la rottura della cistifellea, la trombosi dei vasi mesenterici, ecc. rappresentano le condizioni morbose che più facilmente vengono scambiate con la pancreatite acuta emorragica. L'indagine radiologica offre generalmente soltanto sintomi indiretti di malattia pancreatica.

La forma suppurativa ha solitamente decorso meno rapido e riconosce una etiologia infettiva di genesi canalicolare, linfatica ed ematica. Il quadro clinico non si distingue fondamentalmente, pei singoli sintomi, da quello della necrosi acuta. La diagnosi si vale degli stessi elementi.

La pancreatite cronica, generalmente più frequente della acuta, accompagna di solito le malattie degli organi circostanti, fra i quali prevalgono le vie biliari ed il duodeno. Tra i fattori etiologici sono ammesse tuttavia condizioni tossiche, infettive ed anche meccaniche (stasi di secreto). La propagazione degli agenti infettivi avviene nel maggior numero dei casi, per via linfatica.

Le lesioni che caratterizzano il processo consistono essenzialmente in iperplasia e in sclerosi del connettivo di sostegno ed in atrofia del parenchima ghiandolare. Il tessuto insulare è spesso risparmiato, talvolta ipertrofico.

I sintomi clinici consistono nella presenza non costante di un tumore palpabile, in fenomeni di compressione degli organi circostanti (coledoco, duodeno, ecc.), con manifestazioni funzionali generalmente di ordine digestivo. La presenza dell'uno o dell'altro sintomo comporta la distinzione in varie forme cliniche.

Il decorso è cronico, a volte subdolo e latente.

La prognosi è in rapporto con la possibilità di interventi chirurgici diretti all'allontanamento del focolaio infettivo d'origine.

La diagnosi si vale sopratutto di elementi di ordine funzionale.

Dal punto di vista radiologico esistono soltanto criteri indiretti.

La diagnosi differenziale comporta la distinzione dalle forme tumorali primitiva e secondaria, dalle malattie primitive della papilla, dalla calcolosi coledocica, sopratutto papillare, ecc., e dalle forme di pacreatite tubercolare o sifilitica, il cui riconoscimento è possibile solo quando l'indagine clinica riesca a svelare la esistenza dell'agente etiologico fondamentale.

PARTE CHIRURGICA.

Prof. G. TUSINI (Genova).

(*Conclusioni*).

I fattori eziologici della necrosi acuta del pancreas sono molteplici e tutti capaci, per meccanismi diversi, di determinare in seno alla ghiandola attivazioni del fermento pancreatico.

La diagnosi è qualche volta possibile specialmente nei casi tipici quando in individui obesi con precedenti biliari, la malattia si manifesta d'improvviso con grave shok, con dolore epigastrico molto acuto specialmente a sinistra, dove malgrado la presenza di un'indistinta resistenza addominale, non si provoca anche con forte pressione alcuna contrazione di difesa muscolare con vomito biliare continuo ed insistente con un evidentissimo contrasto fra stato di collasso e polso, con temperatura normale o quasi e con una cianosi intensa e dispnea senza dimostrabili alterazioni polmonari e cardiache.

L'operazione è indicata, ma bisogna sceglierne opportunamente il momento più o meno precoce indirizzando la terapia nelle sue varie modalità di esecuzione alle diverse necessità richieste da ciascun caso, assai più di quanto si sia fatto finora.

Le pancreatiti croniche sono abbastanza frequenti sopratutto con complicazioni biliari.

Sotto il nome di *pancreatite cronica* si raggruppano manifestazioni cliniche e lesioni molto diverse, fra cui esistono sindromi nettamente chirurgiche caratterizzate per lo più da un ittero che trae la sua origine unica da prolungate lesioni infiammatorie del pancreas.

L'etiopatogenesi della pancreatite cronica è ancora poco conosciuta.

La sintomatologia non dà segni specificamente patognomonici.

La diagnosi clinica presenta spesso difficoltà insormontabili, anche se si utilizzano tutti i sussidi della semeiotica e delle più moderne ricerche biologiche.

È di somma importanza procedere sistematicamente all'esplorazione accurata del pancreas ed eventualmente anche alla biopsia ogni qual volta si intervenga per una sindrome addominale in cui si possa supporre anche lontanamente l'origine o la complicazione pancreatica.

La cura è diversa a seconda se esista o no ittero; nel primo caso la terapia consiste nel drenaggio biliare che praticato opportunamente allontana la ritenzione della bile e guarisce spesso da solo la pancreatite.

Il drenaggio biliare si può eseguire sia derivando all'esterno la bile sia deviandola all'interno coi diversi procedimenti di anastomosi, a seconda della necessità.

Larga applicazione va riservata alla colecistostomia, operazione che guarisce spesso, con un rischio minimo, le lesioni infiammatorie del pancreas, permettendo di sorvegliare l'evoluzione delle forme ribelli e di eseguire in secondo tempo se è necessario, un trattamento appropriato. A seconda delle eventuali lesioni contemporanee o da essa direttamente determinate sugli organi vicini, potranno associarsi operazioni corrispondenti per lo più sullo stomaco o sul duodeno.

(*Continua*).

ACCADEMIE E SOCIETA' MEDICHE

Associazione Medica Triestina.

Circolo di Cultura del Sindacato Fascista Medici.

Adunanza scientifica del 5 giugno 1931.

Presidente: Dott. A. COFLERI.

Proff. FREUND e OLIANI. — *Caso di acantosis nigricans.*

Prof. MARZIANI e dott. CALLIGARIS. — *Un caso di tossicodermia bollosa da fiori (Dictamus).*
Discussione: proff. FREUND e IACCHIA.

Dott. MACCHIORO. — *Esperienze cliniche nell'azione dello zucchero associate all'insulina nelle forme d'insufficienza cardiaca.*
Discussione: dottori MARCOVICH, COFLERI e WINTERNITZ.

Dott. WINTERNITZ. — *La cura delle itterizie mediante il glucosio.*
Discussione: prof. FREUND.

Adunanza scientifica del 12 giugno 1931.

Presidente: Dott. A. COFLERI.

Prof. MANN. — Accenna alle indicazioni, ai risultati, ai rari inconvenienti del *drenaggio medico delle vie biliari*, si sofferma sui benefici e sull'innocuità del sondaggio permanente, rileva i vantaggi che si ottengono nei non frequenti postumi di interventi chirurgici sulle vie biliari e riporta alcuni casi di osservazione personale, sulla scorta dei quali giudica il metodo meritevole di più ampia applicazione da parte dei medici.

Dott. LANG. — Presenta il preparato anatomico di un tumore del seno in un caso di *akanthosis nigricans.*
Interloquisce il prof. FREUND.

Il dott. ITALO LEVI illustra il *fenomeno di Köbner* e tratta il rapporto di tale fenomeno con la patogenesi della psoriasi.
Interloquisce il prof. FREUND.

Adunanza scientifica del 19 giugno 1931.

Presidente: Dott. A. COFLERI.

Prof. E. FREUND. — *Caso di follicolite decalvante.*

Dott. A. NORDIO. — Casi di *carcinoma del collo dell'utero* particolari per le loro diffusioni, operati radicalmente, e un caso di grave cachessia da fibromi e cisti intralegamentose.

Dott. CALLIGARIS. — *Caso dermatologico.*
Interloquisce il prof. FREUND.

Dott. ITALO LEVI. — *Alterazioni istologiche della cute dopo iniezioni intradermiche di arsenobenzoli nell'uomo e negli animali.*

Dott. D'AGNOLO. — *Roentgen-terapia coi raggi molli in un caso di epitelioma basocellulare.*

Prof. RAVASINI. — Presenta il nuovo preparato *Uroselectan B* in soluzione per la pielografia endovenosa.

Il Segretario: Dott. L. WINTERNITZ.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Gravidanza, parto e puerperio nelle primipare attempate.

In circa 450 primipare oltre il 30° anno di età, G. V. Segre (*Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 31 ag. 1931) ha osservato una maggiore frequenza di albuminuria, di eclampsia, di gravidanza extrauterina e di placenta previa. Anche le forme morbose accidentali della gravidanza sono più numerose ed hanno un decorso più grave. Ha trovato una percentuale elevata di donne che avevano avuto in precedenza degli aborti. I parti prematuri sono frequenti, rari quelli serotini.

Discretamente numerosi i casi di fibromioma uterino complicante la gravidanza.

Il travaglio di parto, generalmente, ha una durata maggiore e spesso, per complicazioni diverse, insorge la necessità di atti operativi. Le lacerazioni vagino-perineali ed il puerperio morboso si osservano in proporzione maggiore.

Tra i feti sono in prevalenza quelli di sesso maschile, con uno sviluppo all'incirca uguale a quelli delle altre primipare. In rapporto con le frequenti complicazioni della gravidanza e del parto, sono elevate le percentuali di nati- e di neonati-mortalità. *fil.*

Le infezioni urinarie durante la gravidanza.

H. L. Morris (*Amer. Journ. Obst. a. Gynec.*, 9 agosto 1931) ha studiato 58 casi di infezioni del tratto urinario gravidiche o post-gravidiche ed ha osservato che le infezioni, le ostruzioni ureterali, l'idronefrosi e l'idrouretere si osservano specialmente nel rene destro, nella proporzione di 3 a 1, in confronto del sinistro.

Il germe provocatore dell'infezione è, nella grande maggioranza dei casi, il B. coli; i fattori predisponenti sono lo scarso drenaggio renale combinato con la stasi intestinale.

L'inizio dei sintomi urinari si ha generalmente verso il quarto mese di gravidanza; però, già nel secondo mese, si hanno alcune modificazioni nella mucosa del contorno vescicale.

Una diagnosi precoce dei disturbi urinarii, quale può essere fatta con la pieloscopia e la pielografia, è della massima importanza.

Per la cura si cercherà soprattutto di sradicare ogni focolaio di infezione, ivi compresa la costipazione.

Si procederà poi alla cura vera e propria che consisterà secondo i casi nelle pratiche seguenti: 1) istillazioni vescicali giornaliere con protargolo all'1-3 % fino a scomparsa dei sintomi; 2) dilatazioni ureterali ogni 7-10 giorni, seguite da lavatura della pelvi con nitrato di argento a 1-2 % o mercurocromo a 2-5 % (nei casi con ostruzione ureterale e pielite); 3) oltre agli interventi locali, somministrazione di bicarbonato di sodio a dosi di un cucchiaino da tè, 3 volte al giorno dopo i pasti. La somministrazione di alcalini va alternata a periodi di 2 settimane con quella di fosfato acido di sodio e di urotropina (a dosi di 60 cg. ciascuno) prendendo il primo mezz'ora prima dei pasti e la seconda mezz'ora dopo. Tale trattamento interno va continuato per tutto il periodo della gravidanza.

Nelle pazienti con ptosi renale l'applicazione di un adatto sostegno porterà sicuri vantaggi.

Le infezioni urinarie della gravidanza non sono state abbastanza considerate, mentre esse sono della massima importanza; le più gravi sono quelle che si iniziano verso i sei mesi prima del parto, le quali non finiscono che 6-8 mesi dopo; spesso quest'ultimo è molto complicato e si hanno frequenti esacerbazioni della pielite durante il puerperio.

Il trattamento delle pielonefriti della gravidanza.

Misrachi (*Journal d'Urol. méd. et chir.*, 1931, p. 217) afferma che la pielonefrite della gravidanza consente di solito una prognosi favorevole per la gravidanza stessa, ma spesso finisce per causare al rene dei guasti irreparabili.

E' assai varia nelle sue manifestazioni cliniche; le forme lievi sono il più spesso trattate come albuminuria gravidica; la diagnosi differenziale può esser fatta soltanto con un esame accurato dell'urina centrifugata (prelevarla col catetere, per evitare errori! *N. del Red.*). Le forme lievi apiretiche ed asintomatiche si sottopongono a semplice trattamento medico (antisettici urinarii) allo scopo di impedire il progresso della malattia piuttosto che portare la guarigione. Nei tipi febbrili si faranno esami accurati per distinguerli da sepsi puerperale, da colecistite, da appendicite.

Il cateterismo ureterale può esser fatto senza pregiudizio della donna e apporta quasi sempre miglioramento dei sintomi e regressione della febbre. L'A. si pronuncia contro le lavature pelviche e preferisce il drenaggio prolungato con istillazione di 2-3 cmc. di nitrato d'argento, da farsi per parecchi giorni di seguito; in tal modo, non solo si alleviano i sintomi, ma si impediscono le recidive.

In qualche caso si ha una guarigione quasi miracolosa, in altri invece soltanto un miglioramento temporaneo, il che dipende dal diverso grado di ritenzione e di paralisi della pelvi renale.

Il drenaggio della pelvi renale va continuato a lungo se si vogliono ottenere degli effetti utili. La cistoscopia ed il cateterismo ureterale

esigono particolare attenzione durante la gravidanza. L'A. raccomanda di andar cauti con i vaccini, sieri, batteriofagi, citando degli esempi in cui tali metodi provocarono sintomi allarmanti.

La pielonefrite può esser grave sia perchè associata con setticemia, sia perchè diventa tale in seguito ad un trattamento insufficiente. In questi tipi; generalmente associati a lesioni parenchimali, a pionefrosi, a perinefrite, ureterite, ecc., è indicato un trattamento attivo; se il drenaggio mediante il cateterismo ureterale è impossibile, si procederà alla nefrostomia. L'A. riporta sei casi di questa; in uno solo si ebbe morte (pielonefrite consecutiva a scarlattina).

E' sconsigliabile l'interruzione della gravidanza, in seguito alla quale si possono avere gravissime complicazioni. *fil.*

Sull'attività di alcuni preparati ovarici.

Il dott. Guerrini, della Clinica Ostetrica di Pavia (*Rivista di Ostetricia e Ginecologia Pratica*, luglio 1931), riferisce dettagliatamente su una larga sperimentazione da lui praticata allo scopo di saggiare comparativamente il reale potere ormonico di parecchi estratti follicolari di provenienza varia. A tale riguardo va rilevato che il contributo di numerosi ricercatori ha permesso di conoscere in modo preciso ogni reazione che l'introduzione artificiale di estratto ovarico esercita sull'apparato femminile, mentre d'altra parte l'avvenuto quasi contemporaneo isolamento dell'ormone ovarico allo stato cristallino per opera di parecchi studiosi, fra i quali per l'Italia Frattini e Maino (*Archivio dell'Istituto Biochimico Italiano*, n. 1, 1930), ha permesso di sperimentare con sostanze così pure da ritenere ormai esclusa ogni ragione di passati errori.

L'A. ha preso in esame 12 preparati nazionali ed esteri e ne ha misurato il potere ed il titolo ormonico in unità topo sia col metodo di Allen sia con quello di Laqueur, che debbono ritenersi i mezzi veramente idonei a questo scopo che la scienza ha allestito per poter trasportare nella pratica corrente questa fra le più moderne applicazioni della medicina. Orbene al vaglio della sperimentazione dell'A. sei preparati sono perfettamente inattivi, e degli altri sei, soltanto tre debbono ritenersi utili nella pratica medica per la constatata loro concentrazione ormonica; i rimanenti contenendo soltanto tenui tracce di ormone follicolare appaiono assolutamente inadatti all'uso clinico.

Dei prodotti nazionali soltanto uno ha resistito a questo controllo dimostrandosi più attivo di tutti i prodotti del genere, anche esteri, l'Ovaio IBI, mentre degli stranieri soltanto uno in soluzione oleosa e un altro in soluzione acquosa hanno dimostrato di poter realmente corrispondere, anche se in misura minore al prodotto nazionale, alle esigenze della terapia ormonica.

L'A. trova inammissibile che ancora figurino in commercio prodotti dei quali non sia nota la reale titolazione ormonica valutata con l'unità topo, e ancora si osi misurare l'efficacia del medicamento in base al contenuto in ovaio fresco che è occorso per allestire una compressa od un cmc. di liquido. *ar.*

La diatermia pelvica.

G. Gellhorn (*Americ. Journ. Obstetrics a. Gynecology*, agosto 1931) ha determinato il grado di calore che la diatermia può concentrare negli organi genitali femminili ed ha osservato che nessun altro metodo può mantenere tanto a lungo un così elevato grado di temperatura.

Tenuto conto che il calore provoca iperemia la quale, a sua volta, agisce contro l'infiammazione, il campo principale di applicazione della diatermia sarà dato dalle infiammazioni pelviche. Si deve però tener presente che questo metodo può costituire un'arma a doppio taglio se non si considerano accuratamente le indicazioni, controindicazioni, il dosamento, la durata, ecc.

Per chi abbia una chiara concezione della natura del processo infiammatorio, il bisogno di interventi chirurgici nelle infiammazioni pelviche si presenterà soltanto in casi eccezionali. Ad ogni modo, anche quando si ritenga necessario un'operazione, un buon trattamento diatermico preoperatorio continuato per un periodo sufficiente di tempo renderà l'intervento chirurgico più sicuro, più agevole e meno esteso.

Nella gonorrea uretrale cronica, la diatermia potrà dare dei successi in quei casi in cui gli altri metodi hanno fallito.

Nelle neoformazioni maligne degli organi genitali femminili, quando i tessuti sono stati distrutti mediante l'elettrocoagulazione, la diatermia profonda potrà raggiungere le cellule maligne ancora rimaste disperse.

fil.

Le emorragie nel taglio cesareo basso.

Osserva M. Tournant (*Journal des praticiens*, 17 ott. 1931) che le emorragie si verificano abbastanza frequentemente durante il taglio cesareo basso. Esse possono aversi sia prima di incidere il segmento inferiore, sia durante tale incisione, sia infine dopo l'espulsione.

Nel primo caso, si tratta di ferita dei plessi uterini laterali, che possono essere voluminosi ed abbastanza visibili per divaricarli o passare fra essi. Altrimenti, l'incisione del cul di sacco peritoneale vescico-uterino si farà un po' più in alto, sulla faccia anteriore del seg-

mento inferiore. Quando i vasi sono lesi, si può avere un'emorragia abbondante oppure, se essi si rompono sotto il peritoneo, si ha la formazione di un ematoma.

Più gravi sono le emorragie che seguono l'incisione del segmento anteriore, che si evitano applicando le pinze sulle due sezioni uterine, alla fine dell'incisione. Ma l'emorragia può anche mostrarsi prima della sezione completa e l'incisione va finita sotto il sangue che inonda il campo operatorio. Ad incisione finita, l'emorragia diminuisce spontaneamente per il rilasciamento del segmento inferiore; il pericolo sta invece durante l'incisione poichè sotto il sangue non si scorge bene il campo e si può produrre una lesione della vescica o dei plessi latero-uterini.

Ancora più importanti sono le emorragie che si hanno dopo l'espulsione e sono dovute all'inerzia uterina. Spesso non sono affatto forti ed è l'alterazione dello stato generale che richiama l'attenzione. Le iniezioni di ergotina spesso non sono sufficienti e si deve procedere all'isterectomia rapida, seguìta da trasfusione.

Nelle multipare si rinunzierà al taglio cesareo basso e si preferirà la cesarea seguìta da isterectomia.

L'A. ritiene che la rachianestesia diminuisce notevolmente la perdita sanguigna e che con essa l'inerzia uterina è minore; tale metodo, però, espone al pericolo di sincopi gravi e, in seguito, può dare cefalee e disturbi nervosi.

fil.

Malaria transplacentare.

Nella letteratura medica sono consegnate parecchie osservazioni di malaria dei neonati, come anche dei feti, infettati dalla madre attraverso la placenta.

Il *Plasmodium falciparum* si localizza con straordinaria predilezione nella placenta. Per solito però non passa nel feto: i villi sono una salvaguardia bastevole per questo. Tuttavia non difettano i casi di trasmissione. Uno di essi è riferito da Mario Alessandrini (*Riv. di Malariologia*, 1931, n. 2).

L'osservazione di Alessandrini è notevole per il valore dimostrativo, aumentato da una tavola non bella ma che non dà luogo a dubbi. Oltre ai parassiti malarici, nella tavola si vede un normoblasto, il che rivela uno stato d'iperattività del midollo osseo. L'osservazione dell'A. è anche notevole perchè, su dieci casi esaminati con cura (prelevando il sangue dal cordone ombelicale), uno solo ha dato reperto positivo: ciò conferma come si tratti pur sempre di reperto d'eccezione. E' probabile che debba intervenire un'alterazione della placenta.

Meritevoli di rilievo sono alcune considerazioni fatte dall'A.; esse tendono a provare che il neonato è poco recettivo alla malaria, per modo che a volte in esso l'infezione non si manifesta, pure esistendo. A. P.

SEMEIOTICA.

Il blu di metilene nella ricerca della bilirubina.

K. Franke (*Med. Klinik*, 16 genn. 1931) propone un metodo molto semplice di ricerca e di dosamento della bilirubina.

Si usa una soluzione di blu di metilene al 2 ‰ e la si aggiunge a gocce a 5 cmc. di urina; in presenza di bilirubina, l'urina diventa, già alle prime gocce, intensamente verde e tale colore permane aggiungendo delle altre gocce di blu di metilene, in quantità che è in rapporto con la stessa quantità di bilirubina. Si ha poi il passaggio al blu-verde e finalmente al blu scuro. È consigliabile di fare le prime prove con urina contenente notevole quantità di bilirubina.

Probabilmente, la reazione è dovuta al fatto che il blu di metilene, in presenza di bilirubina, viene ridotto alla leucobase che è incolora, in tali condizioni la bilirubina assume dell'ossigeno e passa a biliverdina (di colore verde).

Nella detta prova (su 5 cmc.) 2 gocce della detta soluzione (fatte colare da un contagocce normale) corrispondono a mg. 0,1 di bilirubina. cioè una goccia di blu di metilene corrisponde a mg. 1 % di bilirubina.

Le urine francamente itteriche danno una colorazione verde che rimane anche dopo l'aggiunta di 5-6 gocce. Le leggere lesioni epatiche, specialmente nei casi di stasi, danno la colorazione verde con 1-3 gocce. Tutte le altre urine danno invece la colorazione propria del blu di metilene. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA

Nuove ricerche sulla febbre esantematica.

Da studî fatti da G. Blanc e J. Caninopétros (*Bull. Acad. de Méd.*, 6 giugno 1931) risulta anzitutto confermato il fatto, osservato per prima da Claude e Coste che tale febbre è trasmissibile da uomo ad uomo mediante l'inoculazione di sangue. Il numero dei passaggi che si possono così ottenere sembra illimitato; il virus non si attenua con i passaggi successivi, ma poichè la virulenza del sangue è relativamente scarsa, sono frequenti le forme abortive senza o con scarsa eruzione. È possibile ottenere una forma di eruzione generalizzata partendo da una forma frusta.

Il sangue è virulento per tutto il periodo della malattia dell'uomo. Esso lo è altresì nella scimmia a partire da 48 ore prima della comparsa dell'eruzione.

I globuli sanguigni ed il siero di sangue

sono virulenti; così pure lo sono i leucociti lavati.

Il virus passa nel liquido cefalo-rachidiano, anche in assenza di ogni reazione meningea.

fil.

La morfologia dell'agente del tifo esantematico coltivato in vitro.

K. Sato (*Deut. med. Wochens.*, 14 agosto 1931) ha potuto coltivare a lungo, *in vitro*, l'agente del tifo esantematico senza fargli perdere la virulenza, unendolo con gli endotelî della membrana di Descemet.

Dopo 4-6 giorni, tali endotelî, insieme col virus, vennero trattati col mordente di Löffler per le ciglia e poi colorati con la fucsina di Wohl (Fucsina basica 0,5; Fenol 1,0; Anilina 0,5; Alcool 100).

Ha pure potuto così stabilire che l'agente del tifo esantematico è costituito da forme monococciche non colorabili, del diametro di micron 0,2-0,4, circondati da una membrana difficilmente colorabile. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Terapia delle sifilidi viscerali. — All'abb. numero 4147-1:

In tutte le forme di sifilide, ma specialmente nelle forme viscerali, come quella di cui fa cenno l'abbonato, è consigliabile di non servirsi di un solo rimedio, anche se questo abbia corrisposto in modo lodevole.

Le frizioni mercuriali sono certamente efficaci, ma è bene alternarle con preparati di bismuto (a preferenza indisciolti) ed anche con quelli di arsenobenzolo sempre che non vi siano speciali controindicazioni (malattie del cuore e dei vasi, lesioni del fegato e dei reni, età del paziente ecc.). Le cure jodiche intense sono poi sempre utili nelle forme tardive.

Nelle lesioni viscerali della sifilide, le quali in genere appartengono a preferenza al periodo tardivo, è naturalmente sempre consigliabile di fare qualche ricerca atta a rivelare od a fare escludere l'infezione del coniuge e della prole quando si tratta di lues acquisita, e negli ascendenti e nei collaterali se si sospetta una forma congenita.

V. MONTESANO.

Al dott. A. T. da T.:

Il concorso per medici provinciali aggiunti di II classe è un concorso interno, riservato ai funzionari dello Stato del gruppo B che eventualmente abbiano conseguito la laurea in medicina e chirurgia; è bandito in base ad una recente disposizione generale la quale prescrive che tutti i concorsi per posti del gruppo A debbono essere prima banditi per i funzionari già in servizio del gruppo inferiore (B).

A. FRANCHETTI.

VARIA.

Sull'igiene del vestiario.

Bachmann (*Arch. f. Hyg.*, mag. 1930) ha fatto uno studio accuratissimo sulle proprietà fisiche delle stoffe. Ne riportiamo alcuni dati.

Valendosi di un catatometro speciale, ha riconosciuto che il potere protettivo delle stoffe contro la perdita di calore, allorchè l'aria è in movimento, decresce non già in ragione della velocità dell'aria, ma molto meno, in ragione delle radici quadrate delle velocità. In altri termini, il potere protettivo diviene, proporzionalmente, più efficace.

In aria ferma, la protezione contro la perdita di calore è proporzionale allo spessore della stoffa; ma se l'aria è in movimento, la protezione misurata in base alle variazioni del cata, è di nuovo proporzionale alle radici quadrate degli spessori della stoffa.

La stoffa umida protegge meno di quella asciutta, tanto se l'aria è in riposo, come se è agitata; ma anche in questo caso sembra esservi un rapporto abbastanza definito con la radice quadrata della velocità dell'aria.

Per le applicazioni pratiche, queste esperienze di pura fisica dovranno essere completate da esperienze fisiologiche.

(« Annali d'Igiene », luglio 1931). A. S.

Il nudismo.

F. e M. Merrill (*Among the Nudists*, ed. Alfred A. Knopf, 1931) hanno fatto un'inchiesta tra le colonie di nudisti in Europa. È risultato, tra l'altro, che uno degli effetti del nudismo è la perdita completa o quasi delle attrattive sessuali. Si determina una fredda apatia verso l'altro sesso, anche in soggetti che precedentemente erano degli erotomani.

La vecchia ipocrisia, le restrizioni e i freni, sono più stimolanti della libertà assoluta e vanno rispettati, se si desidera che le attrattive del sesso non s'indeboliscano. È la nudità parziale, semi-velata, a destare l'istinto sessuale. Per quanto possa sembrare paradossale, la nudità completa è più casta. Lo rileva anche Briffault (*Sin and Sex*, edit. Macaulay Company, 1931).

Sembra che vi abbiano parte ragioni estetiche: la nudità rivela spesso delle imperfezioni non sospettate, che sono anafrodisiache. I tipi umani sani e belli costituiscono delle eccezioni e spesso sono sessualmente freddi.

La nudità rivela una somma non indifferente di patologia umana, che desta ripulsione o commiserazione. Ecco un altro paradosso: per correggere molti di tali stati morbosi, giovano i raggi ultravioletti usati in gran copia, ossia proprio il nudismo che, se è condotto con una certa disciplina ed una certa misura, equivale a vita sana.

(« Med. Times a. L. Isl. Med. Journ. », luglio 1931, e « Annali d'Ig. », luglio 1931).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.

Limitazioni eccessive. A proposito di un concorso.

L'avviso del concorso per la nomina del « primario chirurgo capo guardia », negli Istituti ospedalieri di Milano, pubblicato il 20 luglio, avverte che per l'ammissione « i concorrenti dovranno provare di aver fatto *otto* anni di servizio ospedaliero, dei quali *cinque anni di aiuto in un grande ospedale* e di avere un'età non superiore ai *35 anni* ». Sono dispensati da questo limite, i medici chirurgi dipendenti dagli Istituti stessi, se abbiano gli altri requisiti. Il concorso è « per titoli ed esami o per l'una e l'altra forma insieme, *a scelta dei concorrenti* ».

L'eletto non ha subito il titolo e l'ufficio di chirurgo primario: è *capo guardia*. Sembra che questa non sia soltanto denominazione impropria, venerabile per vetustà, discesa forse da antichissimi statuti, ma corrisponda ad una particolare condizione di organico. Infatti, l'avviso riproduce il seguente articolo di regolamento: « Il *capo guardia*, compiuto un quinquennio di stabile e lodevole servizio di guardia, potrà essere trasferito a sua richiesta, dal Consiglio, sentito il medico direttore, ad un posto vacante di chirurgo primario ».

Non discutiamo l'ordinamento, tanto più che ne conosciamo soltanto le regole che risultano dal concorso; ma non possiamo dissimulare che sembra al lettore alquanto curiosa la condizione di quel *capo guardia*, che deve attendere almeno cinque anni prima che per lui si dischiuda la via alla *possibilità* di assumere un posto di chirurgo primario.

L'osservazione è forse formale ed ha poca importanza. Altre riflessioni vogliamo fare con questa nota, da un punto di vista generale.

a) Sia rigoroso l'accertamento delle capacità; ma, nell'interesse dell'amministrazione, assicurate certe condizioni fondamentali (cittadinanza, buona condotta, titolo professionale, ecc.), l'*ammissione* al concorso non dovrebbe essere limitata, generalmente, da speciali requisiti soggettivi, che siano indice di esperienza e di preparazione. Le limitazioni, specialmente se eccessive, determinano esclusioni arbitrarie, spesso ingiustificate e dannose, e condizioni di privilegio per date categorie di persone, cioè situazioni che sono da evitare, anche se non vi sia dubbio di intenzionale protezione di interessi.

Purtroppo, il procedimento del concorso, specialmente per gli impieghi delle istituzioni pubbliche di beneficenza, non è regolato da norme generali. Ciascuna amministrazione stabilisce le regole che crede più opportune.

La libertà sconfinata genera, si intende, anarchia. Non sono facilmente definibili le varietà delle forme e delle condizioni pratiche: forse sono tante quante le istituzioni che le stabiliscono. Non sarebbe certamente possibile la uniformità del procedimento: il concorso è un mezzo, probabilmente meno imperfetto di altri, per uno scopo che dovrebbe essere di scelta del più idoneo a un dato ufficio. Il mezzo deve corrispondere al fine, in concreto. Questo rapporto di proporzione presuppone la possibilità di norme particolari. Ma ciò non esclude che l'attività amministrativa sia regolata da disposizioni generali.

Si considerino ora le condizioni dell'avviso di concorso, qui segnalato.

Età anni 35; otto anni di servizio ospedaliero, dei quali cinque per ufficio di aiuto chirurgo in *grande* ospedale. Quante esclusioni! Fossero almeno giustificate da un interesse amministrativo! Anzi, limitando a priori, così eccessivamente, le ammissioni, l'Amministrazione restringe il campo della scelta, lo chiude ermeticamente con una forma di interdetto illogico, ingiustificato e dannoso.

Quel chirurgo, che, giovane ancora, dirige da dieci anni un ospedale con successo, agendo con autonomia, in condizioni di vera responsabilità, malgrado i suoi titoli e il suo valore, non potrà concorrere.

Quel chirurgo che ha prestato non breve servizio in grandi ospedali, nei quali l'ufficio di aiuto dura meno di cinque anni (è la quasi generalità dei casi), troverà la via chiusa. Ciascuno vede molti altri esempi.

Collegando la condizione dell'età massima (35 anni) con quella del servizio ospedaliero, così e così prestato, il risultato è la esclusione quasi completa di coloro che, pure avendo titoli sufficienti o anche eccezionali, non appartengono ad una ristretta categoria di persone, alle quali si assicura una condizione di privilegio non giustificata e dannosa.

Il concorso è, fra tutti i mezzi di selezione e di scelta, il meno imperfetto, purchè, si intende, sia una cosa seria. Altrimenti è preferibile la nomina libera: almeno, l'organo deliberante ne assume intera e non ne disperde la responsabilità, che è freno efficace.

Se il concorso è semplice *forma*, è meglio rinunciarvi.

b) « Titoli od esami o l'una e l'altra forma, a scelta del concorrente ».

Non sembra che questa rinunzia alla scelta del procedimento migliore sia da incoraggiare. Spetta all'amministrazione di stabilire, in rapporto allo scopo del concorso, la forma e i mezzi per l'accertamento della idoneità assoluta e relativa. Forme e mezzi identici per tutti i concorrenti.

Le difficoltà obbiettive del procedimento dei concorsi, in genere sono molte e in parte non superabili; si eviti almeno di accrescerle con ordinamenti imperfetti.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

In tema di responsabilità nelle lesioni prodotte dagli apparecchi diatermici.

Solo dopo avere consegnato alle stampe il lavoro sulle lesioni da elettricità (v. fascicoli precedenti), ho potuto prendere visione della perizia tecnica eseguita dal prof. ing. Pugno Vanoni sull'apparecchio di diatermia che, come ho riferito nella seconda parte del terzo capitolo, fu causa di un incidente mortale, nonchè della perizia necroscopica eseguita dai proff. Cazzaniga e Boldrini di Milano.

Ritengo doveroso pertanto, in ossequio ai risultati ufficiali delle perizie, fare alcune rettifiche alle involontarie inesattezze in cui sono caduto nella descrizione dell'incidente.

Per la parte tecnica riferisco quanto il prof. Pugno Vanoni ha trovato ed ha descritto nella sua relazione: « ... tolta la lamiera anteriore che chiude la carcassa metallica del tavolo, fu constatato che il conduttore flessibile che connette la bobina fissa con la bobina mobile era spezzato presso il morsetto di fissaggio della bobina mobile, ed era caduto sul coperchio del trasformatore elevatore, senza però venire in contatto con le parti metalliche di questo... Con la rottura di tale connessione la corrente a bassa frequenza (42 periodi al secondo) e ad alta tensione (circa 2000 volta) fornita dal trasformatore fu obbligata a passare attraverso il corpo della vittima ».

Nella mia descrizione io avevo infatti riferito che l'incidente era dovuto allo spezzarsi di un filo che congiunge la bobina fissa con la bobina mobile, il che è esatto; avevo poi aggiunto che il capo del filo spezzato era caduto col suo estremo in modo da entrare in contatto con i conduttori della alta tensione: ciò è risultato inesatto. Infatti il filo spezzato, secondo la perizia del prof. Pugno Vanoni, non è venuto in contatto con le parti metalliche del trasformatore nè con i conduttori della alta tensione. Ed allora come si spiega l'incidente avvenuto? Si spiega così: lo schema del circuito, di tipo veramente antiquato, pericoloso ed oggi del tutto abbandonato, non era quello generalmente usato, che io ho riprodotto in figura 2, ma (nella posizione « forte » del commutatore) era simile a quello riprodotto in figura 1 (circuito del D'Arsonval) con la sola differenza che le posizioni dello spinterometro e dei condensatori erano invertite nel circuito. La corrente ad alta frequenza destinata al paziente veniva presa direttamente agli estremi del solenoide. In tale circuito è evidente che una interruzione del filo che porta la corrente al solenoide (come è avvenuto nel caso in parola) provoca la chiusura in corto circuito del paziente col secondario del trasformatore e costringe quindi la corrente proveniente dal secondario del trasformatore stesso a passare totalmente attraverso il corpo del paziente, con tutte le gravi conseguenze facilmente prevedibili.

Quindi le considerazioni che io ho fatto nel capitolo terzo circa gli artifizi e dispositivi atti ad impedire che il filo, eventualmente spezzato, cadendo entri in contatto con i conduttori ad alta tensione, non hanno alcun valore per questo tipo di apparecchio di diatermia, in cui la sola rottura di uno dei due conduttori flessibili è già sufficiente perchè il paziente sia attraversato dalla corrente a bassa frequenza e ad alta tensione.

Come ho detto, la costruzione di questo pericoloso tipo di apparecchio è stata abbandonata fin dal 1927 anche dalla Ditta che lo costruì circa 8 anni fa, ed i circuiti oggi usati sono tutti del tipo di quello da me descritto nella figura 2, ossia con circuito del paziente totalmente indipendente dal circuito del trasformatore. Naturalmente per questi tipi più moderni di apparecchi sono esatte tutte le considerazioni da me fatte sull'argomento, nel terzo capitolo.

La Ditta costruttrice di tale apparecchio, che la tecnica moderna giudica, in determinate condizioni, pericoloso, non può — a mio parere — essere chiamata responsabile dell'incidente per il solo fatto che il tipo di circuito oggi non è più riconosciuto razionale e sicuro. L'elettrotecnica, ed in modo particolare la tecnica delle alte frequenze, negli ultimi anni ha compiuto progressi fantastici, e quindi non è passibile di critica quella Ditta che otto anni fa ha messo in commercio (ma che già da quattro anni non costruisce più) apparecchi oggi superati per rendimento e sicurezza. Sarebbe molto opportuno però che la Ditta stessa provvedesse, presso i propri clienti che sono in possesso di quel tipo antiquato e pericoloso di apparecchio, a trasformare il circuito in modo da renderlo innocuo alla pari di tutti gli apparecchi che oggi si costruiscono. La modificazione da farsi nel circuito è di lieve entità, tale che un tecnico della Ditta potrebbe fare sul posto in poche ore e con tenue spesa; la Ditta interessata — a mio parere — dovrebbe sostenere, se non tutta, almeno una gran parte di questa piccola spesa, rendendo così al cliente, con tale prova di interessamento, quella fiducia, quella sicurezza e quella tranquillità di lavoro, che oggi purtroppo molti medici non hanno più, forse anche per esagerati timori, in seguito al luttuoso incidente verificatosi in Milano, di cui la stampa politica ha divulgato ovunque la notizia allarmistica.

Nella impossibilità di tale modificazione del circuito, questo può essere reso sicuro ed innocuo, con grande facilità e con tenue spesa, mediante l'adozione di uno o due grossi condensatori, provati a tensioni di circa il doppio di quelli a cui devono resistere (circa 4000 volta) i quali condensatori debbono essere inseriti nel circuito del paziente, ossia ai morsetti collocati sul tavolo ai quali vanno applicati i cordoni elettrici destinati al paziente.

Tali condensatori, mentre lasciano passare facilmente le correnti di alta frequenza destinate al paziente, si oppongono in modo assoluto all'eventuale passaggio di una corrente a bassa frequenza e ad alta tensione, rendendo così praticamente sicuro l'uso di apparecchi anche se costruiti con circuiti antiquati e pericolosi.

Debbo inoltre riferire, sempre in ossequio ai risultati ufficiali della perizia, che l'esame necroscopico praticato dai proff. Cazzaniga e Boldrini, rivelò, nella signorina deceduta in Milano durante l'applicazione diatermica, gravissime tare organiche di natura costituzionale, quale un accentuato stato tiro-timo-linfatico, una notevole ipoplasia dell'aorta, atrofia di una ovaia, rene concreto, ed uno stato di adiposità generale con infiltrazione grassa del cuore. La presenza di tali

alterazioni, che rendono lo stato di equilibrio organico funzionale estremamente precario, ha reso impossibile ai periti di stabilire se la morte della disgraziata signorina sia stata determinata dalle gravi alterazioni organiche da cui era affetta, oppure dall'investimento da parte di una corrente elettrica. B. BELLUCCI.

Perugia, 3 novembre 1931.

MEDICINA SOCIALE

Per il benessere degli studenti universitari.

Il nostro giornale si è più volte occupato della necessità di provvedere ad un'assistenza materiale, morale, sanitaria dei giovani universitari e si è fatto eco delle nobili parole del prof. Devoto sull'argomento e della bella iniziativa del prof. Ligorio, direttore dell'Ospedale Civile di Venezia.

Non pochi di tali giovani, di fatto, a causa delle poco floride condizioni economiche, conducono una vita stentata e cadono, più spesso di quanto si creda, vittime della tubercolosi che, secondo i dati riferiti dal prof. Gherardi, causa il 34 % delle morti degli studenti.

Non bisogna lasciarsi ingannare dalle manifestazioni allegre e rumorose a cui talvolta si abbandonano le studentesche; accanto ai giovani gaudenti e spenderecci, ve ne sono altri che lavorano in silenzio, lesinando sul vitto e vivendo in condizioni di affollamento tutt'altro che favorevoli per la salute. Peggio ancora se qualche malattia viene a turbare l'andamento normale di vita; il medico costa caro e lo studente ricorre spesso soltanto ai consigli di qualche collega di medicina; l'assistenza, da parte di affittacamere, è quanto mai deficiente, sicchè la cura è inadatta ed insufficiente.

Lo stesso sport, a cui molti si abbandonano con fervida passione, può diventare un pericolo se fatto da individui inadatti, o con eccessivi sforzi, e può essere la causa di cardiopatie o di altre malattie che si manifesteranno in età più avanzata.

Per evitare i possibili danni e fornire agli studenti buone condizioni di vita, sono sorte in alcune delle nostre città, sull'imitazione di quanto si fa all'estero, delle istituzioni sul tipo della « Casa dello studente »; ma si tratta di provvedimenti locali e tali da non sopperire a tutti i reali bisogni della studentesca.

È un provvedimento generale che s'impone, inquadrato nelle direttive dello Stato ed è con vero compiacimento che vediamo ora prossima la realizzazione di questa opera benefica sotto l'impulso animatore del Regime.

L'assistenza agli studenti era stata predisposta già da qualche anno, con l'applicazione della tassa a coloro che hanno conseguita l'abilitazione all'esercizio professionale. A questo primo passo seguono ora le « Disposizioni sull'istruzione superiore » (Decreto-Legge 28 agosto 1931, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* dell'8 ottobre) che fissano le norme generali per tale assistenza.

L'articolo 55, di fatto, riconoscendo la personalità giuridica alle « Opere delle Università e degli Istituti di istruzione superiore », prescrive a ciascuna di esse il compito di promuovere, attuare, coordinare le varie forme di assistenza materiale, morale, scolastica degli studenti nel modo ritenuto più opportuno. Tali opere, in ogni caso, debbono organizzare un ufficio sanitario per provvedere gratuitamente all'esame preventivo e periodico dello stato di salute degli studenti universitari, alla prescrizione di eventuali misure profilattiche ed alla cura degli studenti infermi di condizione disagiata.

E, giustamente, per evitare disperdimenti di forze ed avere unità d'indirizzo, il successivo articolo 56 prescrive la vigilanza delle « Opere universitarie » da parte del Ministero dell'Educazione nazionale.

I mezzi finanziari sono forniti: *a*) dalla tassa per le Opere universitarie, che è di L. 250 per chiunque consegua il titolo di abilitazione all'esercizio professionale; *b*) dal contributo di L. 25 devoluto da tutti gli studenti all'atto dell'iscrizione a ciascun anno di corso; tale contributo è destinato alle opere assistenziali e sportive. L'elargizione di almeno L. 1000 da parte dei laureati e diplomati dà diritto al titolo di benemerito dell'Università od Istituto.

Particolarmente degna di rilievo è la costituzione dell'Ufficio sanitario che provvede non soltanto alla cura degli studenti di condizione disagiata, ma altresì alla visita preventiva dello stato di salute. L'istituzione è della massima importanza, sia per i consigli di igiene generale che dai rilievi di detta visita possono derivare, sia per coloro che si dedicano allo sport, poichè in tal modo si risparmiano sforzi dannosi agli individui inadatti. Essa ha anche il vantaggio di introdurre l'abitudine delle visite periodiche, che potrà poi conservarsi anche in seguito, come viene da molti auspicato per la tutela della salute individuale ed il prolungamento in buone condizioni della vita umana.

Le basi sono così gettate; sicchè questa istituzione non mancherà di produrre in breve i suoi benefici effetti sui nostri giovani studenti, ridonando anche la tranquillità alle famiglie, che avranno minori preoccupazioni per la salute dei loro figli lontani. *fil.*

Federazioni ospedaliere.

Una circolare del Ministero degli Interni in data 29 agosto 1931, prende in esame la prospettata opportunità di riordinare l'assistenza ospedaliera nelle Province, mediante la soppressione della maggior parte dei piccoli ospedali e l'accentramento della funzione assistenziale nei maggiori nosocomi e destinando il reddito patrimoniale degli istituti soppressi al mantenimento ed alla cura degli ammalati poveri negli ospedali rimasti, nonchè al funzionamento di posti di pronto soccorso, cui verrebbe limitata la funzione dei piccoli ospedali attuali.

La circolare fa presenti gli svantaggi della riforma. Questa sarebbe in contrasto con la volontà dei fondatori dei piccoli ospedali predetti. D'altra parte, potrebbero incontrarsi riluttanze o difficoltà, da parte di un certo numero di malati, per il trasporto e la cura in centri lontani dalla loro residenza. Anche la profilassi delle malattie infettive potrebbe risentirne una limitazione. Infine, le rette di ricovero nei nosocomi maggiori importerebbero un aggravio per i Comuni. La circolare propone, invece, che sia promossa la costituzione di « federazioni » ospedaliere. Potrebbe allora attuarsi una divisione del lavoro: i piccoli ospedali funzionerebbero prevalentemente ma non esclusivamente da posti di pronto soccorso e si costituirebbero reparti di specialità. Per il trasporto, provvederebbero la Croce Rossa e le pubbliche assistenze, in base ad opportuni accordi.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Bormida (*Savona*). — Scad. 31 dic.; L. 8400 e bienni ventesimo, c.-v., L. 599 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

Carpi (*Modena*). — A tutto 31 dic., 5ª condotta rurale; L. 9000 oltre L. 2500 trasp., L. 600 ambulatorio, L. 930 indenn. supplement. provvisoria, c.-v., 10 bienni ventesimo; ritenute 12 %.

Castel San Vincenzo (*Campobasso*). — Seconda condotta in frazione Pizzone, distante Km. 5,500 dal capoluogo. Stipendio annuo L. 5852 al lordo delle ritenute C. P. e R. M. Indennità cavalcatura L. 500. Scadenza 26 dicembre. Per altri chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

Casalserugo (*Padova*). — Scad. 20 nov.; ab. 3300; rivolgersi segreteria.

Cerano (*Novara*). — Scad. 15 nov.; L. 7000 per 400 pov., L. 1000 addizionali ogni 500 pov. in più o frazione, indenn. trasp. L. 650, indenn. alloggio L. 500; riduz. 12 %; c.-v.; tassa L. 50,10.

Cupramontana (*Ancona*). — Scad. 30 nov.; 2ª cond.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 24 ott.; stip. L. 8500 e 5 quadrienni dec. per 1/4 della popolaz., addizion. L. 3, c.-v., trasp. L. 3000-2000-1000; deduz. 12 %.

Lucca. *Amministrazione Provinciale*. — Per titoli ed esami. Assistente della Sezione Medico-Micrografica dei Laboratori Provinciali d'igiene e profilassi. Stipendio L. 9000, elevabile a L. 13.500 mediante cinque aumenti del decimo, di cui due quadriennali e tre triennali. Indennità di serv. attivo L. 1900, e quella temporanea di caro-viveri come per gli altri dipendenti provinciali. Il tutto decurtato della detrazione del 12 %, di cui al R. D. Legge 20 novembre 1930, N. 1491, ed al lordo delle prescritte ritenute per imposta di R. M., Cassa Pensioni e Istituti di previdenza obbligatori. Età massima a. 35, salvo eccezioni legge. Domanda in bollo da L. 3 al Preside della Provincia entro le ore 17 del giorno 15 dicembre 1931, corredata dei documenti, di cui all'art. 8 del R. D. 16 gennaio 1927, N. 155. Tassa di concorso L. 50. Per maggiori schiarimenti rivolgersi alla Segreteria Generale della Provincia.

Mazzano Romano (*Roma*). — Scad. 15 nov.; lire 10.500 per 1000 pov., L. 500 uff. san., L. 500 arm. farm.; tassa L. 50.

Milano. *Istituti Ospitalieri*. — Scad. 30 nov.; 4 assistenti interni nel Sanatorio Vitt. Em. III presso Garbagnate Milanese. Rivolgersi alla Direzione.

Montegiorgio (*Ascoli Piceno*). *Congregazione di Carità*. — Chirurgo Direttore del Civico Ospedale Diotallevi. Stipendio L. 12.000 già ridotto del 12 %, lordo delle ritenute di legge; 60 % sul provento degli atti operatori e sul provento dell'ambulatorio. Oltre documenti di rito, richiedesi biennio servizio fatto qualità chirurgo in Ospedali di comuni aventi non meno 4000 abitanti. Età massima anni 40 salvo eccezioni di legge. Domande e documenti debbono pervenire alla Congregazione di Carità, non oltre il 30 nov. 1931.

Moricone (*Roma*). — Scad. 10 dic.; L. 10.500 decurtato 12 %, oltre L. 352 uff. san., 5 quadrienni dec. ecc.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

Pegognaga (*Mantova*). — Scad. 15 nov.; L. 7040 già ridotte del 12 %; c.-v.; L. 2200 per cavallo od automob.; 5 quadrienni dec.

Perugia. *Sodalizio S. Martino*. — Al 9 dic., ore 13; 4ª zona; età lim. 35 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 24 ott.; stip. L. 7000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 1100 ambulat., L. 600 serv. att., c.-v.; riduz.; serv. entro 15 gg.; rivolgersi Ufficio di segreteria (via Floramonti 6).

Pizzone (*Campobasso*). — (Vedi Castel San Vincenzo).

Recoaro (*Vicenza*). — Scad. 15 nov.; 1° reparto; L. 8000 e quadrienni dec., oltre L. 720 c.-v. se dovuto, L. 2000 motocicl. ovvero L. 2500 cavallo od automob.; riduz. 12 %.

Roma. *Ministero dell'Interno*. — Concorsi a 18 posti di medico provinciale aggiunto di 2ª Classe nell'Amministrazione della Sanità Pubblica, a tre posti di assistente medico ed uno di assistente veterinario presso il Laboratorio di micrografia e batteriologia della Direzione generale della Sanità Pubblica. Rivolgersi alla Direzione predetta. Concorsi interni. Scad. 24 dicembre.

Samassi (*Cagliari*). — Scad. 15 nov.; L. 7920 e c.-v. Servizio nella bonifica di Pimpisu; spese di trasp. a carico Direzione.

Sondrio. *Ammin. Provinc.* — Direttore Sez. med.-microgr. Laborat. d'igiene; proroga ore 18 del 30 nov.

Trapani. *R. Prefettura*. — Uff. san. di Vita; lire 6000 iniziali; riduz. 12 %. Scad. 30 nov. Rivolgersi Ufficio provinciale sanitario.

Trieste. *Ufficio Municipale d'Igiene*. — Medico dentista per le Scuole comunali. Scad. ore 12 del 22 gen. 1932. Rivolgersi all'Ufficio, via R. Pitteri 2, p. I.

Uri (*Sassari*). — Scad. 30 nov.; L. 8360, oltre L. 880 uff. san., L. 880 arm. farm., L. 1320 serv. att., 4 quadrienni dec.; 200 iscritti incirca su 1676 abit.; tassa L. 50,10.

Valle Agricola (*Benevento*). — Scad. 30 dic.; L. 8000; tassa L. 50,10.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

L'Istituto Carolino di Stoccolma ha assegnato il premio Nobel per la medicina al prof. Otto Warburg dell'Università di Berlino.

Il prof. Gino Baggio è passato dall'insegnamento di patologia chirurgica a quello di clinica chirurgica presso la R. Università di Cagliari. Rallegramenti cordiali al valente operatore e insigne studioso.

Su proposta di S. E. il conte Manzoni, ambasciatore d'Italia a Parigi, sono nominati nell'Ordine della Corona d'Italia: il prof. Gosset grande ufficiale, il dott. Dartigues commendatore, il dott. Molinéry cavaliere ufficiale, il dott. Gaulthier l'Hardy cavaliere.

Il dott. Anton Waldeyer, docente privato a Friburgo i. Br., è nominato professore di anatomia nell'Università Tung-chi a Sciangai.

Il dott. Hans Lieb è nominato professore di chimica medica all'Università di Graz.

NOTIZIE DIVERSE.

Le opere del Regime.

Nel consuntivo dell'anno IX figurano imponenti e numerose opere igienico-sanitarie, di cui molte sono state inaugurate il 28 ottobre.

Ci riserviamo di darne notizia nei prossimi numeri.

Associazione internazionale di fisioterapia.

Fu costituita alla chiusura del 5° Congresso internazionale di fisioterapia adunatosi a Liegi nel 1930 ed ha i seguenti scopi: 1) Organizzare in ogni Paese una propaganda intensiva a favore della terapia con gli agenti fisici; 2) Promuovere le ricerche scientifiche inerenti; 3) Compiere inchieste sullo stato attuale di questo ramo della terapia; 4) Intensificare la propaganda per l'insegnamento ufficiale della fisioterapia; 5) Attivare la lotta contro l'empirismo; 6) Presiedere all'organizzazione dei Congressi internazionali regolari; 7) Stabilire contatti con gli organismi extra-medici internazionali. Potranno far parte della Società i membri dei Gruppi nazionali. La quota per il periodo 1930-1933 è fissata in franchi belgi 150, da versarsi al dott. De Keyser, Hôpital Brugmann, Bruxelles, Belgio.

27° Congresso italiano di otorinolaringologia.

La Società italiana di otorinolaringologia ha tenuto a Messina il suo Congresso dall'1 al 3 ottobre, sotto la presidenza del prof. Calamida. Fu trattato il tema « Tumori maligni delle tonsille palatine », su relazione dei proff. Carnevale-Ricci, Di Vestea, Piazza-Missorici e Vigi; seguì un'ampia discussione. Tra le molte comunicazioni ne furono presentate otto da laringologi stranieri.

Il Congresso si chiuse con la rinnovazione del Consiglio per il biennio 1932-34: a presidente venne eletto il prof. Bilancioni; a vicepresidente il prof. Bellotti; a consiglieri: Federici, Salvadori, Silvagni (segretario) e Ferreri (tesoriere). Quale sede del prossimo Congresso si è prescelta Roma.

4° Congresso medico argentino.

Dal 4 all'11 ottobre si è tenuto a Buenos Aires il 4° Congresso nazionale di medicina, sotto la presidenza del dott. José Arce.

La seduta inaugurale ebbe luogo al Teatro Cervantes; v'intervennero il presidente del Governo provvisorio gen. José F. Uriburu ed il ministro della giustizia e della pubblica istruzione, il quale tenne il discorso ufficiale.

In seduta plenaria è stato discusso il tema: « Trattamento delle infezioni acute piogene ».

3ª Conferenza della Croce Rossa Orientale.

Doveva adunarsi quest'anno alle Filippine; ma è stata rimandata al 1934, in coincidenza della 15ª Conferenza internazionale della Croce Rossa, che si terrà a Tokyo.

Scuola di perfezionamento in pediatria a Firenze.

Nel novembre, presso la R. Clinica Pediatrica di Firenze, si inizia un corso di perfezionamento biennale per il conseguimento del diploma di specialista in pediatria.

Il corso comprenderà lezioni cliniche ed esercitazioni di ambulatorio e di laboratorio, nonchè lezioni di materie integrative e gli iscritti dovranno prestare per turno servizio nelle varie sezioni della Clinica che resta aperta tutto l'anno.

Per informazioni rivolgersi alla Segreteria della Facoltà di Medicina, via Alfani 33; ovvero alla Direzione della R. Clinica Pediatrica, Via Mannelli 115.

Corsi speciali per la difesa sanitaria antigas.

La presidenza della C. R. I. ha diramato a tutti i Presidenti dei Comitati Provinciali la seguente circolare:

« A seguito delle disposizioni vigenti che affidano alla C. R. I. il compito della difesa sanitaria della popolazione civile dagli attacchi aerei e dai gas, d'intesa col Ministero della Guerra questa Presidenza ha stabilito di effettuare in Roma, presso il Centro Chimico Militare, un corso per Ufficiali Superiori Medici (un ufficiale per Provincia) che, a loro volta, dovranno svolgere dei successivi corsi al personale dipendente (ufficiali e militi) del proprio Comitato.

Il corso avrà inizio nel gennaio del venturo anno, e stante il cospicuo numero di ufficiali medici che vi dovranno prendere parte (92), sarà diviso in due sezioni. La prima sezione incomincerà il 10 gennaio del prossimo anno e la seconda il 1° febbraio successivo, salvo eventuali spostamenti.

Gli ufficiali medici superiori che interverranno al corso si intendono chiamati in servizio con assegno speciale per la durata del corso (15 giorni).

Ciascun Comitato dovrà scegliere tra gli ufficiali superiori medici residenti nella città o in località viciniore un sanitario che dia affidamento di poter seguire con profitto il corso in parola ed essere quindi in grado, a sua volta, di tenere analogo corso agli ufficiali e medici del Comitato dal quale dipende.

Questa presidenza si riserva di dare il suo benestare ai nominativi prescelti e che dovranno esserle segnalati non oltre il 15 novembre p. v., nonchè d'impartire quelle ulteriori disposizioni che riterrà necessarie ».

L'assistenza sanitaria nell'O. N. B.

Nei locali del Comitato provinciale di Roma dell'Opera Nazionale Balilla si è tenuta la prima riunione dei consulenti sanitari, sotto la presidenza del console Oreste Balducci, il quale tracciò le norme generali e definì gli scopi dell'assistenza. Il reggente del servizio, dott. Macrì, in una sintetica relazione espose l'attività svolta e da svolgere nel campo delle malattie sociali e propose un tipo di cartella sanitaria; in seguito a breve discussione, le proposte furono approvate. Si stabilì di assegnare ad ogni legione quella quantità minima di disinfettanti e materiale di medicazione indispensabile per fronteggiare eventuali lesioni a carattere accidentale. Per la mobilitazione dei reparti, fu riconosciuto che un sacco sanitario è più pratico di uno zainetto o di una cassetta sanitaria.

Una visita di medici stranieri al Preventorio di Cannobio.

I partecipanti al terzo corso internazionale di perfezionamento medico della Fondazione Tomarkin di New York (S. U. d'A.) (sezione europea in Locarno) hanno visitato il Preventorio Infantile « Umberto di Savoia », in Cannobio.

Il magnifico edificio sorge a circa duecento metri sul lago, in costa a un monte arborato, volto a mezzogiorno. È circondato da una proprietà di 250.000 mq. tutta verde di castagni, di pini, di acace e di prati. Il fabbricato, costruito con larghezza di vedute, potrebbe ospitare 350 bambini, in tre vasti corpi indipendenti ma uniti; attualmente i ricoverati sono circa la metà. La direzione sanitaria è affidata alla dott.ssa Marcani, specializzata in puericoltura; vi sovrintende il direttore generale dell'Istituto Provinciale di Protezione ed Assistenza all'Infanzia di Milano, prof. Bruse.

Gl'illustri ospiti giunsero dalla Svizzera in numerose automobili. Ad accoglierli erano intervenute autorità e personalità. Parlarono il preside della Provincia gr. uff. Sileno Fabbri, il prof. Allaria di Torino, il dott. Tomarkin, il prof. De Bernard, il prof. Asher, rettore dell'Università di Berna, e il legato del Governo cantonale del Canton Ticino, fratello del dott. Tomarkin. Furono inviati telegrammi a S. M. il Re d'Italia, al Presidente della Repubblica Elvetica ed a S. E. Mussolini.

Nuova biblioteca medica a Londra.

La Casa libraria H. K. Lewis & Co. di Londra ha ricostruito la propria sede e fatto posto a sale di lettura e ad una biblioteca per studenti medici e per medici pratici; la frequenza ne è gratuita. L'inaugurazione della biblioteca fu fatta con discorsi di sir Gregory Foster, dell'igienista prof. A. R. Kenwood e del chirurgo dott. Perry Fleming. Rispose il direttore della Ditta, H. L. Jackson, ringraziando.

Dormitorio per studenti medici a New York.

A cura del sig. Edward S. Hakness è stato costruito, presso il centro medico dell'Università Columbia di New York, un dormitorio per studenti medici. È costato 2.500.000 dollari, ossia circa 50 milioni di lire it. Risulta di 11 piani, oltre a 3 piani addizionali in una torretta. Contiene 215 camere per studenti e 10 appartamentini per ispettori. I due piani inferiori comprendono una palestra, una piscina, ecc. È dedicato al dott. Samuel Bard, che fu il primo professore di clinica medica in quella scuola (allora detta King's College) e decano della facoltà medica. L'inaugurazione ebbe luogo il 1° ottobre.

Chiusura della 1ª Clinica chirurgica a Berlino.

In considerazione della crisi economica e del costo che importerebbero i necessari restauri e riattamenti, le autorità accademiche di Berlino hanno deciso di chiudere la I Clinica chirurgica, alla Ziegelstrasse, traendone occasione dall'andata in riposo del prof. Augusto Bier, che ne è titolare dal 1907. La chiusura avverrà il 1° aprile 1932. Il Bier era stato preceduto da Langenbeck e da Bergmann; ma le alte tradizioni dell'Istituto non sono bastate a salvarlo; non ne residuerà che l'ambulatorio (cosidetta policlinica).

Il Bier ha pubblicato una vivace protesta.

Rimarranno la II e la III Clinica chirurgiche, tutt'e due alla Charité, rette da Sauerbruch e da Bochardt.

Fallimento di una Cassa d'assicurazione in Germania.

Da tempo si era minacciata la bancarotta di qualche Cassa d'assicurazioni in Germania. Il primo esempio si è avuto ora a Dortmund, centro industriale importantissimo della Renania.

Nel considerevole passivo, sono compresi gli onorari di 83 medici. Questi hanno richiesto, per via giudiziaria, il riconoscimento del loro diritto ai danni e agli interessi, facendone responsabili le autorità preposte al controllo della Cassa, le quali hanno trascurato di ordinare in tempo la chiusura. In altri termini, i medici danneggiati reclamavano un diritto di privilegio nella liquidazione; ma la loro richiesta è stata respinta dal Tribunale, perchè essi non sono legati alla Cassa da un contratto d'impiego e quindi sfuggono alla tutela della legge. Probabilmente l'azione avrà un seguito.

Ospedale incendiato.

Nella notte dal 4 al 5 ottobre un violento incendio ha completamente distrutto l'Ospedale di San Lazzaro a Las Palmas, capitale delle isole Canarie. L'ospedale comprendeva un lebbrosario ed un manicomio. I lebbrosi hanno potuto essere trasferiti, con ordine, in un servizio isolato di un altro ospedale. Molti alienati invece sono fuggiti nella città e nei paesi vicini; si dovettero mobilitare poliziotti, guardie civiche e soldati per catturarli; parecchi erano in stato grave, per le scottature riportate. L'incendio viene attribuito ad un corto circuito.

Chiusura di istituti Zeileis in Romania.

Il ministro della sanità della Romania ha ordinato la chiusura di alcuni gabinetti di cura, aperti da medici romeni ai quali Zeileis aveva rilasciato la licenza di applicare il proprio metodo.

Istituto di Maternità ad Amiens.

Si è inaugurata ad Amiens (Francia) una Maternità, in cui le gestanti che desiderano di occultare l'identità lasciano all'ingresso una busta chiusa, che contiene il loro vero nome; la busta viene aperta solo in caso di morte; altrimenti le madri, all'uscire dall'Istituto, ricevono la busta

intatta. L'amministrazione spera, per tal modo, di limitare i casi di aborto e d'infanticidio e di favorire la natività. (Da « Brasil-Medico », 15 ag. 1931).

Sulla limitazione delle nascite in Inghilterra.

Il Ministero inglese dell'igiene ha diramato alle Maternità ed ai centri per le cure all'infanzia, una circolare in cui ne spiega un'altra precedente (v. pag. 946). Fa rilevare che non intende opporsi alla diffusione delle norme per limitare le nascite, ma disciplinarle. I consultori per la limitazione delle nascite istituiti presso le Maternità devono occupare locali propri. Le sole donne che si recano negli istituti predetti possono ricevere istruzioni; devono essere coniugate. I ginecologi addetti agli istituti sono liberi di assumere queste consulenze, ovvero di rinunziarvi.

La nuova circolare autorizza, in modo più chiaro della precedente, la limitazione. In Inghilterra si teme che sia stato superato il limite di saturazione demografica e che sia intervenuto uno stato d'iperdemia, alla quale si vorrebbero attribuire molti mali sociali. Eppure la natività è divenuta bassissima, e in vaste regioni, come la Scozia, non compensa più le perdite dovute alle morti ed alle emigrazioni.

Deontologia medica in Francia.

La Federazione dei sindacati medici della Senna ha ammonito i medici a non compiere alcune pratiche illecite che consisterebbero nel tentare di dirigere i pazienti mutualisti verso determinati istituti di cura. Prega tutti i medici che fossero a conoscenza di fatti del genere di volerli segnalare al segretario della Federazione, la quale ha sede in rue Serpente 28, Parigi.

Medici deputati in Spagna.

A far parte del Parlamento spagnolo sono stati eletti 47 medici. Le elezioni supplementari hanno portato al Parlamento altri 3 medici. Alcuni giornali disapprovano questa invasione: a loro avviso, i legislatori dovrebbero essere preferibilmente dei legali. L'impressione generale però è che i medici possano giovare al Parlamento, sia portandovi una mentalità educata alle discipline positive, sia provvedendo alla tutela e all'incremento della salute pubblica, che è uno dei beni nazionali maggiori.

Viaggio di odontologi francesi in Italia.

La sig.ra S. Peytavi de Faugères, chirurgo-dentista, presidente del gruppo « Notre petit cercle international », è stata ricevuta dall'on. Mussolini, che ha accordato condizioni molto favorevoli per un viaggio che verrà compiuto durante il prossimo aprile dai soci. Anche le persone di famiglia potranno beneficiare di queste condizioni di favore. Iscrizioni presso: Mme S. Peytavi de Faugères, rue Clodion 8, Paris.

Per Michele Bianchi.

Il Capo del Governo, accompagnato dal ministro Acerbo, presenti le maggiori autorità del Regime, ha inaugurato un cippo di travertino sorto nell'Agro Romano in memoria di Michele Bianchi, ad iniziativa dei rurali, e precisamente ad opera di un consorzio di bonifica (di Tor Carbone).

Commemorazione di Paolo Mantegazza.

Il 31 ottobre è stato solennemente commemorato a Monza il centenario della nascita di Paolo Mantegazza, antropologo, medico, igienista, scienziato, patriota. Sulla casa ove egli nacque venne scoperta una lapide; innanzi ai convenuti il podestà ne ha rievocato la grande figura. Il prof. Carlo Foà tenne poi, al teatro Ponti, un'orazione commemorativa. Alla cerimonia assistevano il figlio Giulio ed i nipoti del Mantegazza.

Omaggio ai Seignette.

Il Consiglio municipale di La Rochelle ha deliberato di dare il nome di Seignette ad una nuova via esterna. I fratelli Elia e Giovanni Seignette di La Rochelle — uno farmacista e l'altro medico — dotarono la terapia, verso il 1655, del « sel Polychreste » (tartrato doppio di sodio e potassio) che ebbe poi straordinario favore in tutto il mondo col nome di sale di La Rochelle o sale di Seignette, a cura specialmente di Pietro S. Seignette.

Le schede cliniche dei medici defunti.

Il prof. Tandler di Vienna richiama l'attenzione sulla circostanza che, alla morte dei medici, le schede cliniche da questi conservate possono andare disperse, o cadere nelle mani d'interessati a valersene per fini illeciti. Spesso contengono informazioni delicate, a volte su personalità eminenti: per es. sulla cura della sifilide, di tossicomanie, di anomalie sessuali ecc. Onde prevenire le conseguenze che possono derivarne, egli propone che, alla morte del medico, le cartelle cliniche, come altri documenti e dati, siano trasferiti nei locali di un'associazione medica, ove non possano essere consultati senza permesso ufficiale; e trascorsi dieci anni vengano distrutti. Così i clienti sarebbero sicuri del segreto professionale anche dopo la morte del medico, mentre ora il segreto può essere affidato alla discrezione di una donna di servizio o di un erede poco scrupoloso.

Il prof. Ge Lendre e il dott. Duchesne di Parigi, hanno proposto che le schede siano tenute senza nomi, ma con iniziali, che verrebbero raccolte in un repertorio con i nomi corrispondenti; alla morte del medico verrebbe distrutto solo il repertorio.

Un processo giudiziario per omo-innesto testicolare.

I giornali recano che dinanzi alla 16ª Sezione del Tribunale di Napoli, va svogendosi un processo a carico dei dottori Giuseppe Tensina, Gabriele Iannelli, Giuseppe De Vita, Gaetano Manfredi e Eugenio Reale e contro il sig. Vittorio Lapegna, imputati del reato di lesione con indebolimento permanente dell'organo della generazione, ai danni dello studente egiziano Paolo Roberto Salvadori, che aveva venduto al sig. Lapegna una delle sue gonadi per 10.000 lire.

Azione giudiziaria contro un medico per lesione colposa.

Un oto-rino-laringologo che esercita in una città della California è stato condannato, in prima istanza e dalla Corte d'appello, a corrispondere 15.000 dollari (circa 300.000 lire it.) ad un cliente, cui aveva praticato un'iniezione d'alcool per distruggere il ganglio nasale e curare uno stato asmatico: risultò una cecità immediata dell'occhio destro, essendo stato raggiunto il nervo ottico. Lo stesso paziente era già stato operato, da un altro medico, di remozione del turbinato medio di destra e di una parte dell'etmoide.

Premiazione di personale ospedaliero.

Con sobria cerimonia l'Amministrazione degli Ospedali di Roma ha proceduto, in occasione del 10° annuale della marcia su Roma, alla premiazione del personale di assistenza che ha compiuto il 25° od il 40° anno di lodevole servizio. Erano presenti il Segretario Federale Nino d'Aroma, il presidente del Pio Istituto gr. uff. Adolfo Cotta ed altre personalità.

Deficienza d'infermiere in Inghilterra.

Come ne abbiamo dato notizia, il « Lancet » ha condotto un'inchiesta sulla difficoltà di reclutamento delle infermiere, determinatasi in Inghilterra.

Risulta che la posizione non è attraente, per la relativa modicità dei compensi, per i lunghi orari, per le limitazioni che impone. Il compenso minimo è di 100 sterline l'anno (al cambio attuale, circa 7500 lire it.); il massimo di 425 (32.000 lire it.), oltre il vitto, l'alloggio, l'uniforme e la biancheria. L'orario diurno va da ore 10 ½ a 11 ¼; il notturno da 11 ½ a 12 ¼. Il riposo settimanale è di mezza giornata in metà circa degli ospedali e di una giornata negli altri; le vacanze annuali importano, di regola, tre settimane. Tra le limitazioni sono: la maggior parte delle infermiere ha l'obbligo di ritirarsi prima delle ore 22 e non si rilasciano chiavi d'ingresso, neanche alle anziane; è vietato di fumare negli ambienti ospedalieri; non sono ammesse visite di uomini.

Scuola di odontoiatria e protesi dentaria presso la R. Università di Bologna.

Sono aperte le iscrizioni per l'anno scolastico 1931-32 ai Corsi di perfezionamento in Odontoiatria e Protesi dentaria per i laureati in Medicina e Chirurgia.

Essendo il numero dei posti limitato, l'accettazione viene regolata secondo la priorità nella presentazione delle domande e nel versamento delle tasse.

Le iscrizioni si chiuderanno il 30 novembre. Per programmi ed informazioni rivolgersi alla Segreteria della Scuola, via S. Vitale 59, Bologna.

È morto a Vienna, in età di 56 anni, di un colpo apoplettico, il dott. COSTANTE ECONOMO, professore straordinario di neurologia in quell'Università, direttore dell'Istituto per lo studio del cervello nella stessa Università. Era nato a Trieste nel 1875 e aveva la cittadinanza italiana. A lui precipuamente si deve l'individualizzazione dell'encefalite letargica, che era detta anche « malattia di Economo ». Ha compiuto altri studi importanti nel campo della neurologia; notevoli quelli sul centro del sonno.

Fu anche un valente sportivo, audace pioniere dell'aeronautica. A. P.

È morto il dott. DUJARRIER, settore capo dell'« Assistence publique » di Parigi, autore del notissimo « Traité de l'anatomie des membres ». La morte è stata determinata, in giovane età, da un embolo, durante la convalescenza consecutiva ad una cistotomia, che era stata eseguita per l'asportazione di un calcolo vescicale.

È morto il dott. FAUSTINO ESPONEL, professore di neurologia alla Facoltà medica di Rio de Janeiro; lascia molti studi nel campo della neuropsichiatria.

Indice alfabetico per materie.

V. ASCOLI †, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII Roma, 16 Novembre 1931 - X Num. 46

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

BREFOTROFIO PROVINCIALE DI ROMA.
Direttore: prof. M. FLAMINI.

L'estratto tiroideo nella cura delle cachessie dei lattanti.

Dott. B. MARINI, assistente.

L'uso degli estratti tiroidei nella cura delle atrofie dei lattanti è di data relativamente recente e poco diffuso in pratica. Agli autori francesi e in particolar modo alla scuola di Nobécourt spetta il merito di aver richiamato l'attenzione sui risultati talvolta sorprendenti che la tiroide può dare nelle cachessie infantili, quando il più severo regime alimentare e ogni altro tentativo terapeutico sono falliti.

Nella seduta del 9 febbraio 1926 Nobécourt e Max-M. Lévy presentavano alla « Société de Pédiatrie » due lattanti atrepsici guariti con iniezioni sottocutanee quotidiane di cinquedieci ctg. di estratto tiroideo. La tolleranza era stata perfetta, i risultati eccellenti.

Nello stesso anno il dr. Max M. Lévy raccoglieva in una tesi i risultati delle esperienze eseguite nella Clinica delle malattie dell'infanzia diretta dal prof. Nobécourt. Egli presentava accanto a undici casi di trattamento insulinico, 9 casi di atrepsie infantili curate con iniezioni di estratto tiroideo: le curve di accrescimento dimostravano in modo evidente ottimi risultati. Il Lévy aveva ottenuto l'aumento di 100-150 grammi di peso al giorno senza alcun disturbo di intolleranza in lattanti anche di pochi mesi, in cui ogni altro tentativo era stato insufficiente a raddrizzare la curva del peso.

L'anno dopo Nobécourt presentava altri casi e in uno studio d'insieme della questione, mostrava la sua fiducia nell'efficacia del trattamento tiroideo.

Nel 1930 la dottoressa S. Guérin, in una tesi ispirata da Laederich, presentava altre 30 osservazioni e giungeva a queste conclusioni pratiche:

« L'estratto tiroideo per via boccale, come « per iniezione sottocutanea, ha un'azione sti- « molatrice nella cachessia dei lattanti. Fa ri- « tornare l'appetito, calma i disturbi digestivi, « fa riprendere il peso e trasforma lo stato ge- « nerale. L'accrescimento ponderale talvolta è

« così rapido e così considerevole, che si può « supporre un'azione regolatrice sul ricambio. « L'impiego per bocca è indicato in casi di « ipotrofia, quando lo stato generale non è « sufficientemente compensato dalla igiene e « dalla dieta. L'impiego per via ipodermica è « indicato in tutti i casi di atrepsia e negli « stati di cachessia rapida consecutiva a di- « sturbi acuti. Questa via sarebbe dunque da « preferirsi in casi di urgenza. Si prescrive- « ranno dosi abbastanza elevate: 5-10 ctg.

« Perchè queste dosi elevate siano ben tol- « lerate sarà necessario sorvegliare l'elevazio- « ne termica, l'agitazione, i disturbi gastro- « intestinali, i disturbi cardiaci. In caso d'al- « larme si interromperà il trattamento. Fatte « queste riserve l'effetto tonico e stimolante « della medicazione tiroidea ne fa un ausilio « di primo ordine nei casi in apparenza dispe- « rati. Bisogna dunque volgarizzare l'impiego « del metodo ».

Nel novembre 1930 in una memoria di Nobécourt, Liège e Guérin, pubblicata negli « Archives de Médecine des Enfants », vengono presentati altri cinque casi: due lattanti di tre mesi e mezzo, ipotrepsici, uno di sei mesi in uno stato di cachessia cronica, e due ipotrofici per enterite acuta, tutti notevolmente e rapidamente migliorati con l'uso dell'estratto tiroideo per via parenterica.

Il miglioramento era caratterizzato da una ripresa dell'appetito, dalla scomparsa dei disturbi digestivi e di elevazioni termiche, dal raddrizzamento della curva del peso.

La stessa azione ha notato ultimamente B. Cardelle in otto lattanti con disturbi cronici della nutrizione.

Di fronte a questi notevoli risultati e poichè, come è stato giustamente osservato, non si è mai sufficientemente armati nella cura delle cachessie dei lattanti, malgrado l'efficacia di altri mezzi terapeutici, abbiamo voluto sperimentare l'estratto tiroideo preconizzato dagli autori francesi.

Per le nostre esperienze ci siamo serviti della endotiroidina (I.S.M.), estratto totale della ghiandola tiroide in fiale, per via ipodermica.

Noi abbiamo voluto esperimentare oltrechè sui lattanti ipotrofici o cachettici, ma senza tare ereditarie, anche sui bambini eredo-luetici. È di questi infatti che maggiormente si preoccupa il Medico del Brefotrofio, sia per lo stentato accrescimento che tali bambini presentano, sia per la facilità con cui vanno soggetti a disturbi gastro-enterici, malgrado l'allattamento naturale, materno o mercenario da balia luetica.

Il tentativo di cura con la tiroidina era giustificato oltrechè dai risultati apprezzabili ottenuti negli stessi bambini luetici con altre cure opoterapiche, specie l'insulina, dai reperti di lesioni anatomo-patologiche a carico delle ghiandole endocrine in lattanti eredo-luetici atrofici.

Noi abbiamo provato l'endotiroidina per iniezione in un gruppo di 11 lattanti atrofici, con reazione Wassermann positiva nel sangue o nati da madre luetica. Tutti questi bambini erano ad allattamento naturale e facevano tutti cure di treparsolo per via gastrica.

Non in tutti si è potuta condurre a termine la cura per la sensibilità che questi bambini, più che gli atrofici non luetici, presentano alle iniezioni di endotiroidina. In tre di essi abbiamo dovuto sospendere la cura all'inizio per insorgenza di disturbi circolatori (tachicardia) e gastrointestinali (vomito), sudori abbondanti, agitazione ed edemi in uno di essi.

Negli altri casi la cura è stata condotta a termine: due serie di 10 iniezioni quotidiane di gr. 0,10 (circa 1/2 fiala) di endotiroidina, intercalate con 10 giorni di riposo. In un caso abbiamo aggiunto una terza serie. Naturalmente durante questo periodo i bambini non facevano altra cura, se si eccettui quella antiluetica di treparsolo, e con massima attenzione veniva controllato giorno per giorno lo stato generale, l'osservanza delle norme d'allattamento, il carattere delle feci.

In quattro casi lo stato generale e la curva del peso non sono state affatto influenzate dalla cura. Negli altri quattro casi l'estratto tiroideo sembra aver influito favorevolmente lo accrescimento.

Di questi esponiamo brevemente l'andamento.

CASO I. — A. R., nata il 7-X-30. Viene presentata al Brefotrofio a una settimana dalla nascita: mancano notizie anamnestiche. Peso Kg. 2,500. R. W. + + nel sangue alla seconda settimana. Allattamento naturale da balia luetica. Senza disturbi gastro-intestinali l'accrescimento è scarsissimo. Alla dodicesima settimana dalla nascita pesa appena Kg. 3, con un aumento di 500 gr. dal momento dell'ingresso.

Tentiamo allora la cura di endotiroidina secondo il piano già esposto. La bambina sopporta bene le iniezioni: si nota un miglioramento generale e un aumento dell'appetito. Al termine della cura è aumentata di 550 gr. Ha acquistato cioè in un mese più di quanto aveva ottenuto nelle 12 settimane precedenti. E quello che più conta, l'endotiroidina sembra aver dato una spinta all'accrescimento; questo infatti prosegue in modo normale: Kg. 1,100, dalla 16ª alla 27ª settimana di vita. La curva classica dà per questo periodo un aumento di Kg. 1,300, ma se si considera il peso

del nostro soggetto alla nascita si può ritenere l'aumento ottenuto come normale.

Alla 27ª settimana la bambina è colpita da gastro-enterite: vomito, diarrea, febbre. In due settimane perde 450 gr. di peso. Oltre alle cure dietetiche abituali, iniziamo una nuova serie di endotiroidina. Alla terza iniezione cessa il vomito, le feci si fanno normali, si ha un miglioramento generale. A 5 settimane dall'inizio di questa 3ª serie di iniezioni, la bambina completamente rimessa, è aumentata di 700 gr., raggiungendo i 5 Kg.

CASO I°

PESO Kg. 5 / " 4 / " 3
Vomito - Enterite / cessa Vomito
SETTIMANE 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35
Tiroidina / Sospende / 2ª Serie Tiroidina / 10 iniezioni / 10 giorni riposo / 10 iniezioni / Sospende

CASO II. — S. M., nato il 12-IX-30. R. W. + nella madre. Il bambino non presenta manifestazioni luetiche, ha R. W. negativa, ma ciò nonostante viene curato con treparsolo. Allattamento naturale materno. Alla 14ª settimana il suo peso è un po' inferiore al normale (Kg. 5); da questo momento si ha un arresto dell'accrescimento, che non trova giustificazione nell'allattamento. Alla 19ª settimana, dopo qualche oscillazione, il peso è ancora a Kg. 5. Iniziamo la cura di endotiroidina. La prima serie di 10 iniezioni non dà risultato alcuno. Durante il periodo intervallare di riposo si nota però un aumento del peso che si accentua in modo netto con la seconda serie di iniezioni. Si ha da questo momento un accrescimento di 750 gr. in 5 settimane, mentre nelle 6 settimane precedenti non si era avuto che un aumento di 50 gr.

CASO II°

PESO Kg. 6 / 5
SETTIMANE 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27
Tiroidina / 10 iniez. da 0.10 / 10 giorni riposo / 10 iniezioni / Sospende

CASO III. — A. M., nata il 20-XI-30. Padre tbc. R. W. + + nel sangue. Allattamento naturale dalla nascita. Fa cura di treparsolo. Alla 3ª settimana pesa Kg. 3.200. In un mese cresce appena 250 gr. Inizia la cura di endotiroidina con scarso risultato. Dopo un aumento di 150 gr. con le prime iniezioni, la curva si stabilizza. Al termine della cura il peso è di Kg. 3,600. In questo momento senza che intervenga alcun altro fattore alimentare o terapeutico, la curva del peso si raddrizza e si ha un aumento di 500 gr. in 4 settimane. Accrescimento non eccessivo, ma notevole se si considera trattarsi di un bambino atrofico, luetico, che era cresciuto di 400 gr. in due mesi.

CASO III°

PESO Kg. 4 / " 3
SETTIMANE 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
Tiroidina / 10 iniezioni / 10 giorni riposo / 10 iniezioni / Sospende

CASO IV. — P. M., nata il 15-XI-30. Madre luetica. Allattamento naturale dalla nascita. Al suo ingresso, alla seconda settimana di vita, pesa Kg. 3,100. L'accrescimento è stentato: dopo 6 settimane il peso è aumentato appena di 300 gr. Inizia la cura di endotiroidina senza effetto. Facciamo 3 serie di 10 inie-

CASO IV°

PESO Kg. 4 / " 3
SETTIMANE 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24
Tiroidina / 3 Serie di 10 iniezioni alternate con 2 periodi di 10 giorni riposo / Sospende

zioni da 0,10, intercalate con due periodi di 10 giorni di riposo. Dopo questa cura prolungata sospendiamo scoraggiati. Il peso alla 15ª settimana di vita è di Kg. 3,500. Una settimana dopo il termine della cura si ha un aumento rapido e notevole: senza alcuna variante dietetica, senza alcun altro intervento terapeutico, il peso cresce fino a 250 gr. per settimana. Dalla 16ª alla 24ª settimana il bambino cresce di Kg. 1,350. Aumento notevolissimo quando si pensi che dalla seconda alla 16ª settimana di vita, si era avuto, con qualche oscillazione, un aumento di 250 gr.

Risultati più netti abbiamo ottenuto in lattanti ipotrofici, senza tare ereditarie. Tali bambini, secondo la nostra esperienza, sopportano meglio l'iniezione di estratto tiroideo. Nei 6 casi trattati si è potuto in tutti condurre a termine la cura, seguita secondo il metodo già esposto per gli eredoluetici.

Dei 6 casi, in due non si è avuto risultato apprezzabile per quanto riguarda l'accrescimento: in uno di questi però si è notata la scomparsa del vomito che non aveva ceduto ad altre cure.

Negli altri 4 casi, che ci accingiamo ad esporre l'estratto tiroideo ha evidentemente influito sulla curva del peso.

CASO V. — R. G., nato il 3-IV-30. Allattamento materno: soggetto linfatico, anemico con accrescimento stentato. Dalla 27ª alla 33ª settimana di vita si ha un aumento di appena 300 gr. A questo punto la curva si stabilizza cosicchè alla 37ª settimana il peso è immutato (Kg. 5,800) di circa Kg. 2,500 inferiore al normale. Iniziamo allora la cura di en-

CASO V°

PESO
Kg. 6
» 5
SETTIMANE 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44
Tiroidina 10 iniez.
Tiroidina 2ª Serie - 10 iniez.

dotiroidina: la 1ª serie di 10 iniezioni dà scarso risultato, ma nel periodo intervallare di riposo e durante la 2ª serie si ha un netto aumento del peso (400 gr. in una settimana). Al termine della cura il bambino ha acquistato 600 gr. Risultato notevole quando si osservi che alla stessa età, nello stesso periodo di tempo, un bambino cresce normalmente 300 gr.

CASO VI. — F. I., nato il 6-II-1930. Alla nascita pesa Kg. 3,200. Costituzione sana. Nulla nell'anamnesi familiare. Allattamento materno. Accrescimento da prima normale poi scarso; cosicchè alla 21ª settimana di vita il suo peso (Kg. 5,900) è un po' inferiore al normale. Fa cura elioterapica, applicazione di raggi ultravioletti, cura vitaminica, ma con scarsi risultati. Alla 34ª settimana il suo peso è di Kg. 6,150. Viene colpito da enterite e in due settimane perde 250 gr., cosicchè alla 36ª settimana di vita si trova ad avere lo stesso peso della 21ª: Kg. 5,900.

CASO VI°

PESO
Kg. 7
» 6
SETTIMANE 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46
Tiroidina
Sospende
10 iniez. da 0.10
10 giorni riposo
10 iniezioni

Sospende ogni altra cura e tentiamo le iniezioni di endotiroidina. Si nota subito un miglioramento e una spinta all'accrescimento. Al termine della cura è aumentato di 550 gr., e tale aumento prosegue ancora più accentuato nelle settimane seguenti: circa 1 Kg. nel mese successivo.

CASO VII. — B. F., nato il 4-XI-30. Viene riportato al Brefotrofio alla 19ª settimana di vita: peso Kg. 4. Allattamento naturale: accrescimento scarso. Alla 22ª settimana (peso Kg. 4,100) viene colpito da gastroenterite e perde in una sola settimana 300 gr. Iniziamo subito la cura di endotiroidina: i disturbi gastro-intestinali rapidamente scompaiono; in una settimana il bambino recupera i 300 gr.

CASO VII°

PESO
Kg. 5
» 4
SETTIMANE 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
Vomito-Diarrea
Sospende
Tiroidina
10 iniez. da 0.10
alla 3ª cessa vomito
- 10 giorni riposo -
altre 10 iniezioni -

perduti e l'accrescimento prosegue in modo graduale nelle successive settimane, anche dopo il termine della cura. Dalla 23ª alla 30ª settimana aumenta di Kg. 1,100 mentre per lo stesso periodo di tempo la curva classica comporta un aumento di 600 gr.

CASO VIII. — F. M., nato il 23-II-30. Allattamento naturale: inizio di vezzamento, ma l'accrescimento è scarso. Il peso è notevolmente inferiore al normale: Kg. 5,500 alla 35ª settimana. In un mese aumenta di 100 gr. Tentiamo allora la cura di endotiroidina e otteniamo risultati sorprendenti: al termine di essa il bambino è aumentato di 850 gr. e tale aumento prosegue in modo accentuato nelle

settimane seguenti. In 7 settimane si ha un aumento complessivo di Kg. 1,500, mentre la curva

CASO VIII°

PESO Kg. 7

" 6

" 5

SETTIMANE 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48

Tiroidina — Sospende

10 iniez. di gr. 0.10
10 giorni riposo-
10 iniez. di gr. 0.10

normale porta per lo stesso periodo di tempo un aumento di 500 gr.

Dall'insieme delle nostre esperienze ci sembra poter trarre le seguenti conclusioni:

Nei bambini eredo-luetici solo in un terzo dei casi la cura di estratto tiroideo ha dato risultati apprezzabili. Mentre in caso di enterite acuta (caso I) il miglioramento generale e il recupero del peso è stato quasi immediato, nei casi di atrofie che duravano da qualche tempo l'aumento del peso non si è avuto subito, ma nel secondo periodo di essa (caso II), o addirittura dopo il termine della cura (caso IV).

Nei lattanti non luetici l'estratto tiroideo è stato meglio sopportato e in una percentuale maggiore di casi ha dato buon risultato.

L'endotiroidina ha agito raddrizzando in modo talvolta notevole la curva del peso (caso VIII), quando già da molte settimane non si era avuto accrescimento e quando anche altre cure (caso VI) erano state negative. Nei casi di enterite acuta (caso VII) l'intervento rapido dell'endotiroidina sembra aver abbreviato il corso della malattia determinando un rapido recupero del peso.

Malgrado quindi la sorpresa che può ingenerare nell'animo del medico il tentativo di usare gli estratti di tiroide nella cura delle cachessie dei lattanti, noi ci crediamo autorizzati, in base alle nostre esperienze a consigliarne l'uso, non solo nei bambini atrofici senza tare ereditarie, ma anche negli eredo-luetici, per quanto, specie in questi ultimi, non sempre si sia potuto condurre a termine la cura, e non in tutti i casi si siano ottenuti risultati apprezzabili.

RIASSUNTO.

L'A. dopo aver esposto i tentativi già fatti, specialmente in Francia, per la cura delle cachessie dei lattanti con iniezioni di estratti tiroidei, espone i risultati ottenuti nel Brefotrofio Provinciale di Roma, su 17 lattanti atrofici, di cui 11 eredo-luetici.

Solo in 8 casi la cura, condotta a termine senza disturbi, ha agito migliorando le condizioni generali e determinando un aumento del peso.

BIBLIOGRAFIA.

P. NOBÉCOURT e M. LÉVY. *Les iniections d'extrait thyroïdien à hautes doses dans certaines cachexies des nourissons.* Société de Pédiatrie, 9 febbraio 1926.

M. LEVY. *Étude sur les cachexies des nourissons.* Thèse de Paris, 1926.

P. NOBÉCOURT. *L'opothérapie thyroïdienne dans les états de dénutrition et l'athrepsie des nourissons.* Le Concours médical, 5 giugno 1927.

S. GUÉRIN. *Contribution à l'étude du traitement thyroïdien dans les cachexies du nourisson.* Thèse de Paris, 1930.

P. NOBÉCOURT, R. LIÈGE e GUÉRIN. *Observations de nourissons athrèpsiques traités par l'extrait thyroïdien.* Archives de Médecine des enfants, novembre 1930.

B. CARDELLE. *Tiroidoterapia y trastornos nutritivos en el lactante.* Boletin de la Societad Cubana de Pediatria, giugno 1931.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI OLIVETO CITRA
diretto dal dott. MICHELE CLEMENTE.

Ascesso freddo della parete anteriore dell'addome di origine peripleurica.

Prof. dott. DOMENICO CLEMENTE.

In un articolo pubblicato nella Sezione pratica del *Policlinico* dell'anno 1927 fasc. 4°, pag. 1575), il chiarissimo prof. Taddei della R. Università di Pisa richiamava l'attenzione dei chirurgi su una affezione, di cui per il primo ha illustrato la patogenesi, cioè sulla non rara osservazione di ascessi freddi della parete laterale dell'addome, che si sviluppano al di sotto dell'arco costale in seguito a diffusione di una infezione tubercolare a localizzazione iniziale peripleurica. Tali raccolte si producono per propagazione del processo specifico dalla pleura al connettivo peripleurico e quindi attraverso gli spazii tra le intersezioni delle fibre muscolari del diaframma con quelle del muscolo trasverso dello addome al connettivo preperitoneale della parete laterale dell'addome, dando luogo così ad a-

scessi sotto muscolari ed intramuscolari o sottocutanei, che sembrano primitivi, mentre la loro origine è endotoracica.

Ho avuto occasione nello scorso anno di osservare un caso di questo genere e credo opportuno farne oggetto della presente nota, sia perchè possa servire alla statistica, sia perchè nell'ammalata di cui riferisco la storia, l'ascesso occupava una sede un poco diversa da quella consueta, essendosi esteso fin tra gli strati della regione epigastrica.

D. V. Rosaria fu Luigi, di anni 63, da Quaglietta (Avellino); maritata la prima volta a 18 anni, ebbe tre bambini, di cui uno nacque morto ed altri due morirono in tenera età. Deceduto il marito, a quanto pare per polmonite, si sposò nuovamente a 26 anni ed ebbe altri otto figli, dei quali sopravvivono sei: cinque di essi sono sani, una figlia soltanto è attualmente ammalata di polisierosite. Il secondo marito è morto 9 anni fa di ascesso ossifluente. L'inferma entra in Ospedale, per la prima volta il 22 marzo 1930 e riferisce che negli ultimi anni ha avuto spesso affezioni delle vie respiratorie, che non sa precisare. L'attuale malattia si è iniziata, a suo dire, circa quattro mesi fa, con dolori al torace e alla regione epigastrica. Nell'ultimo mese poi è cominciata una febbre ad elevazioni serotine, che ha raggiunto temperature di 38°-38°,5 e l'inferma ha notato che si andava formando una tumefazione dolorosa all'epigastrio. All'esame dell'inferma si nota: temperatura 38°,5, polso 90, statura alta, nutrizione scadente; micropoliadenopatia cervicale ed inguinale.

Apparato respiratorio: Ipofonesi degli apici, con indebolimento del murmure vescicolare; anche in corrispondenza della base dell'emitorace sinistro vi è ipofonesi con diminuzione del respiro vescicolare e rumore di sfregamento pleurico.

Cuore e vasi: niente di notevole.

Addome: in corrispondenza della regione epigastrica, sulla linea mediana e a sinistra di essa, circa un dito trasverso sotto l'appendice ensiforme, si osserva una tumefazione abbastanza ben circoscritta, rotondeggiante della grandezza di un uovo, che è ricoperta da cute di aspetto normale ed è molto dolente alla pressione. Alla palpazione si avverte una sensazione, per quanto non molto distinta, di fluttuazione profonda.

La tumefazione si rende meno rilevata facendo contrarre i muscoli retti, mentre si lascia spostare alquanto, in massa, a pareti addominali rilasciate. Organi dell'addome nei limiti e senza particolarità di rilievo.

Cutireazione positiva. Una puntura esplorativa della tumefazione dà esito al liquido chiaramente puriforme con detriti di sostanza caseosa. Il 24 marzo si esegue una piccola incisione nella parte più declive e sulla linea mediana. Al disotto dell'aponevrosi della linea alba si trova una notevole raccolta di liquido siero-purulento. L'ascesso ha sede nel connettivo preperitoneale e dalla linea mediana si estende al disotto della guaina del muscolo retto di sinistra. Uno specillo introdotto per tale via percorre un tramite, che si dirige con obliquità da dentro in fuori e dal basso in alto al disotto della parete costale sinistra, verso la linea ascellare anteriore, approfondendosi per oltre dieci centimetri. Non si riesce a toccare «osso a nudo» in alcun punto. Esplorando la cavità verso lo sterno, con lo specillo, non si riesce ad identificare alcun tragitto. Detersa la cavità ascessuale si inietta in essa e nel tragitto del liquido di Calot e si zaffa con garza al iodoformio. Si istituisce frattanto una cura generale adatta. Nelle medicature successive si torna ad esplorare il cavo e si conferma il decorso del tramite obliquo in alto e profondamente fin sotto la parete costale.

L'introduzione dello specillo e più ancora l'iniezione di un poco di acqua ossigenata con una comune siringa provoca tosse con atti di vomito e vivissimo dolore, che si irradia alla spalla sinistra. L'inferma va intanto progressivamente migliorando nelle condizioni locali e nello stato generale e viene poi dimessa per continuare la cura a domicilio, dove a breve distanza di tempo si verifica la chiusura completa della ferita.

Il 21 luglio dello stesso anno, l'inferma torna nuovamente in Ospedale, lamentandosi di dolori all'emitorace sinistro, di dispnea intensa e di tosse stizzosa.

Esame all'entrata: temp. 38°, polso 110. La ferita all'epigastrio è completamente chiusa. Il lato sinistro del torace è visibilmente più espanso con spazii intercostali appianati; l'itto cardiaco è spostato verso destra. La percussione dell'emitorace sinistro dà suono ottuso deciso a partire posteriormente dalla spina della scapola e la linea di ottusità segue il classico decorso dei versamenti pleurici; in avanti e a sinistra vi è ottusità nello spazio del Traube; a destra e posteriormente vi è il triangolo del Grocco. Fremito toraco-vocale e mormorio vescicolare assenti nella zona di ottusità, il cui limite superiore si sposta alquanto nei cambiamenti di posizione dell'ammalata. Una puntura esplorativa nel settimo spazio lungo la linea ascellare posteriore, dà luogo a fuoruscita di liquido limpido, citrino, con i caratteri di essudato.

Si estraggono in due volte 1300 cmc. di essudato, a scopo curativo. Si somministra della diuretina insieme a cardio-cinetici, si praticano iniezioni di preparati di calcio.

L'inferma esce apirettica il 27 luglio.

Cure continuate a domicilio e specialmente l'elioterapia conducono a guarigione definitiva l'ammalata. Essa infatti osservata due mesi dopo all'ambulatorio si presenta in buone condizioni generali, con cicatrice non dolente all'epigastrio e senza altre tracce della pleurite sofferta, tranne quelle di una lieve ipofonesi al lato sinistro del torace e della diminuizione delle escursioni respiratorie del polmone dello stesso lato.

Il prof. Taddei nella sua nitida descrizione riporta che la sede delle raccolte di origine peripleurica è la regione laterale delle pareti addominali, ordinariamente la destra, e precisamente lo spazio tra il margine laterale del muscolo retto e la linea ascellare posteriore, in immediata vicinanza dell'arco costale e dà il nome di ascesso freddo sotto costale (ipocondrio) a tale localizzazione tubercolare.

È ne illustra il modo di propagazione facendo rilevare che tra le fibre sternali e quelle costali del diaframma, fibre che s'intersecano con le digitazioni del muscolo trasverso dell'addome, esistono quasi sempre spazii in cui il connettivo peripleurico e quello preperitoneale con i relativi linfatici si mettono in mutuo rapporto. Un ascesso peripleurico può così dal torace diffondersi attraverso le lacune tra le fibre del diaframma al connettivo preperitoneale della parete laterale dell'addome e dare origine ad un altro ascesso, il quale ha sede da prima al disotto del muscolo trasverso e poi per fusione progressiva di tessuti può farsi strada tra muscolo trasverso e piccolo obliquo, tra questo ed il muscolo grande obliquo ed infine perforando l'aponevrosi superficiale nel connettivo sottocutaneo.

La raccolta nella parete addominale si rende perciò manifesta in fuori del muscolo retto, sotto l'arco costale ed essa corrisponde sempre attraverso un tragitto più o meno tortuoso, che passa attraverso il diaframma, al focolaio primitivo endotoracico.

Per quanto riguarda più particolarmente le cause del focolaio primario, il Taddei le enumera così:

1) Diffusione di un processo tubercolare della pleura ai linfatici sottopleurici e quindi al connettivo peripleurico;

2) Adenite tubercolare dei gangli linfatici mammarii ed intercostali;

3) Apertura di un empiema pleurico al connettivo peripleurico per ulcerazione della lamina parietale della pleura;

4) Tubercolosi della faccia posteriore delle coste e delle cartilagini costali.

Egli fa rilevare che a parte queste due ultime cause, di facile diagnosi, è piuttosto alla trasmissione di un processo specifico della pleura alla rete linfatica, ai ganglii e quindi al connettivo peripleurico, che si deve pensare per l'insorgere dello ascesso peripleurico, perchè negli infermi colpiti non mancano mai tracce di pregresse pleuriti. La trasmissione ulteriore è facile a verificarsi per la naturale sedimentazione degli essudati nel seno costo-diaframmatico.

Nel caso da me descritto, l'ascesso divenuto preperitoneale, sotto il muscolo trasverso, si è poi esteso verso la linea mediana della regione epigastrica, diffondendosi al disotto della pagina posteriore della guaina del muscolo retto di sinistra, guaina alla cui formazione concorre con le fasce degli altri muscoli larghi della parete addominale anche l'aponevrosi del trasverso. Lo svolgersi della raccolta anzichè direttamente in avanti, sotto l'arco costale, invece in dentro verso l'epigastrio, è stato determinato con tutta probabilità dal decubito abituale dell'inferma, che giaceva sul lato destro, essendo dolente per i postumi di pleurite il lato sinistro.

Questo per quanto riguarda la sede. Che poi anche nell'inferma da me osservata, l'ascesso a sede epigastrica avesse origine toracica, peripleurica, per diffusione di un'infezione tubercolare per via linfatica, è dimostrato in modo indubbio dalle seguente brevi osservazioni:

a) Il tramite che aveva inizio dal cavo ascessuale, si portava in alto ed in fuori, profondamente sotto la parete costale sinistra. Non vi erano segni di alcuna lesione delle costole;

b) Non vi era alcun sintomo che facesse pensare a mediastinite per tubercolosi dello sterno od altre cause, di modo che era da escludersi la propagazione di un'infezione dal connettivo del mediastino al connettivo preperitoneale dell'epigastrio, per passaggio attraverso le lacune che pure esistono in avanti dietro lo sterno tra le fibre sternali del diaframma;

c) Si provocavano sintomi tipici di irritazione del frenico (dolore violento alla spalla, conati di vomito e tosse aspra) tutte le volte che s'iniettava dell'acqua ossigenata attraverso il tragitto, indizio sicuro che il liquido passava attraverso il diaframma e precisamente tra fasci sternali e costali, giungendo al connettivo peripleurico;

d) L'inferma al momento del primo ricovero in ospedale presentava note evidenti di pleurite pregressa a sinistra. Pochi mesi più tardi si aveva una riaccensione della malattia e si produceva un copioso essudato sieroso nella pleura dello stesso lato.

È chiaro pertanto che nel caso da me osservato si sia trattato di un ascesso freddo della parete anteriore dello addome di origine peripleurica, che soltanto si è manifestato in sede non consueta, cioè nella regione epigastrica.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di ascesso freddo della parete anteriore dell'addome (regione epigastrica), determinato da infezione trasmessa

attraverso il diaframma dal connettivo peripleurico al connettivo preperitoneale in un'inferma che presentava tracce di pleurite pregressa e nella quale si sviluppò pochi mesi più tardi una pleurite essudativa.

Giugno 1931.

BIBLIOGRAFIA.

D. TADDEI. *L'ascesso freddo sottocostale (ipocondriaco) di origine peripleurica*. Policlinico, Sez. Pratica, fasc. 44, pag. 1575, 1927.

TRIBUNA LIBERA

A proposito della "Ricerca del parassita malarico col metodo dell'arricchimento".

Prof. SAMUELE SERENI.

Nel N. 42 della sezione pratica del *Policlinico* (anno XXXVIII, 19 ottobre 1931), il dott. Dante Galletti pubblica un suo lavoro originale su « La ricerca del parassita malarico col metodo dell'arricchimento » nel quale egli propone, per la ricerca nel sangue del parassita malarico, data la relativa scarsezza dell'ematozoo nel sangue circolante, un metodo di arricchimento che si basa sulla centrifugazione del sangue stesso, reso incoagulabile per mezzo di una minima quantità di ossalato di potassio.

Il Galletti, che d'altra parte ricorda nella sua memoria come questo suo procedimento sia quello stesso consigliato dal Villa nel 1927, ignora evidentemente un mio lavoro, frutto di lunghe, pazienti e laboriose ricerche, ormai antico perchè pubblicato fino dal 1907 nel *Policlinico*, Sez. Med., vol. XIV, e intitolato « Contributo allo studio del sangue dei malarici: nuovo metodo tecnico per la ricerca dei parassiti ». E siccome ho avuto occasione di constatare come questa mia pubblicazione sia sfuggita alla conoscenza anche di altri valenti scienziati e studiosi, che, direttamente o indirettamente, si sono occupati di tale argomento, stimo opportuno di richiamarla alla memoria e all'attenzione dei malariologi.

Già nel 1917 il prof. Cesa-Bianchi, in un suo lavoro pubblicato sulla « Riforma medica » del 28 luglio 1917, « Osservazioni sulla malaria nelle truppe combattenti », avvertiva che aveva ricorso spesso, con vantaggio, ai così detti metodi di arricchimento e precisamente « tanto al metodo *americano*, consistente nella energica centrifugazione di sangue raccolto in soluzione citrosodica e nel consecutivo esame su striscio delle emazie raccolte negli strati superficiali del sedimento immediatamente al disotto dei leucociti, quanto al metodo della grossa goccia... ».

Siccome quando io avevo eseguito e reso note le mie ricerche, non ostante le indagini accuratissime che io avevo fatto in proposito, non avevo potuto rilevare che altri prima di me avesse praticato o suggerito il metodo tecnico da me indicato della centrifugazione e della sedimentazione meccanica o spontanea del sangue per la ricerca dei parassiti della malaria, scrissi subito, il 6 agosto 1917, una lettera molto cordiale e gentile al prof. Cesa-Bianchi, per pregarlo di aver la bontà di indicarmi quando e dove fosse stato pubblicato quel lavoro americano su tale argomento: ma non ebbi da lui alcuna risposta e perciò rimasi con la incertezza e con la curiosità di sapere se la priorità del suddetto metodo di indagine spettava a me o al ricercatore americano, fino al gennaio 1930. In tale epoca l'egregio dott. Haeckett (che io sono lieto di poter di nuovo ringraziare pubblicamente della sua cortesia e premura), rappresentante della Fondazione Rockfeller per l'Europa, molto gentilmente mi fece avere la pubblicazione che i professori C. Bass e J. M. Johns stamparono nel 1915 sulla concentrazione dei parassiti della malaria per centrifugazione; e così potei accertare come le mie ricerche fossero antecedenti di parecchi anni alle loro.

Avrei desiderato di rivendicare subito tale priorità, ma dolorose e gravissime vicende famigliari, di vario genere, mi tennero talmente angosciato che non ebbi nè il tempo nè la serenità d'animo per farlo, mentre d'altra parte la improvvisa, immatura, terribile morte del mio indimenticabile figlio, prof. Enrico, non permise a lui di fare eseguire sotto la sua direzione, un piano di ricerche che aveva progettato sullo stesso argomento. Ora il nuovo lavoro pubblicato dal Galletti mi ha spinto a decidermi a delucidare lo stato della questione.

Come ho già detto, il risultato delle mie ricerche fu pubblicato nel *Policlinico*, sezione medica (fasc. 10, pag. 457-470) del 1907. Partendo dal concetto che nella infezione malarica i globuli rossi parassitiferi, oltre le modificazioni morfologiche diverse, accuratamente notate e descritte da vari autori, dovessero subire anche delle alterazioni nelle proprietà fisiche, alcune delle quali erano state acutamente fatte rilevare dal Bignami, credetti opportuno eseguire qualche altra ricerca. Già *a priori* è logico ed ovvio il pensare che la presenza dei parassiti della malaria nell'interno dei globuli rossi del sangue, o

anche la semplice adesione di quelli alle emazie, come vogliono alcuni, debba far variare il peso specifico degli eritrociti; ma nessuno aveva fino ad allora accennato a questo fatto e tanto meno erano state praticate delle ricerche per decidere se le emazie parassitifere diventano più o meno pesanti delle altre. Io volli vedere appunto in qual modo si modificasse il peso specifico delle emazie parassitifere in rapporto a quelle normali, e per eseguire tale studio mi valsi di ambedue i metodi di ricerca che potevano condurmi allo scopo desiderato e cioè tanto del metodo della centri-

Fotografia di un preparato microscopico, nel quale si vedono numerose semilune, ottenuto per centrifugazione del sangue di un malarico. Microsc. Koristka, imm. omog. 1/15.

fugazione, quanto di quello della sedimentazione meccanica e spontanea. Non starò qui a ripetere quali cautele e artifizi e quali lunghe e pazienti indagini mi furono necessarie per ottenere i risultati più probativi ed esenti da cause di errore, nè le varie considerazioni che si potevano trarre da questi, perchè ne ho già riferito nella mia pubblicazione citata. Mi limiterò a riferire che, fra i vari mezzi consigliati per impedire o per ritardare la coagulazione del sangue, trovai che il reattivo di Daland e la miscela di Marcano sono i migliori, poichè permettono che i globuli rossi si conservino intatti per un tempo illimitato e senza subire la minima deformazione.

Dalle mie ricerche conclusi che i globuli rossi contenenti parassiti, si riscontrano sempre, con grandissima prevalenza, nelle zone più eccentriche o in quelle più basse del sedimento sanguigno e ciò sia che si tratti di infezione malarica primaverile (terzanaria o quartanaria), che estivo-autunnale, e tanto nel caso che i parassiti siano giovani, quanto in quello che essi siano adulti e pigmentati, o sporulanti. Al contrario, negli strati del sedimento sanguigno più alto o in quelli più vicini all'asse di rotazione, le emazie parassitifere sono rarissime o mancano affatto. Fanno eccezione a questa regola soltanto le semilune, le quali invece si trovano in massima parte raggruppate nella zona di confine fra il sedimento globulare ed il siero del sangue e precisamente nello strato occupato dai corpuscoli bianchi, miste a questi (vedi fig.). In tale zona si riscontrano pure, in generale, i leucociti pigmentiferi, ma è difficile poter stabilire con precisione, data la piccola altezza della colonna costituita dai globuli bianchi, se quelli contenenti melanina occupino uno strato piuttosto che un altro della colonna stessa. Tuttavia credevo di poter affermare, con grande probabilità di essere nel vero, che i leucociti carichi di pigmento melanico sono più pesanti degli altri, poichè per lo più essi sono più abbondanti in quello strato della suddetta colonna che confina col sedimento dei globuli rossi.

Da ultimo, nella mia memoria, insieme a diverse considerazioni istologiche, fisiopatologiche ed epidemiologiche, facevo rilevare l'importanza di tale metodo di ricerca in certi casi di diagnosi difficile e dubbia, perchè, mentre se si tratta di un individuo malarico, potremo più facilmente riscontrare gli emosporidi o i loro prodotti di metamorfosi, anche se essi sono in scarso numero nel sangue circolante, avremo d'altra parte contemporaneamente una notevole quantità di siero, pronta per eseguire le siero-diagnosi per il bacillo del tifo, il *Micrococcus melitensis*, etc.

Il lavoro di C. C. Bass e J. M. Johns, intitolato « *A method of concentrating malaria plasmodia for diagnostic and other purposes* », è stato pubblicato nell'*American Journal of Tropical Diseases and Preventive Medicine*, vol. III, N. 5, del novembre 1915 (pag. 298-303) ed è quindi di ben otto anni posteriore al mio. Sebbene alcuni risultati riferiti da essi, come alcuni altri ottenuti dal Galletti, siano in parte discordi da quelli riferiti da me (risultati che del resto avevo già confutati e spiegati nel mio lavoro), rimane in ogni modo accertata la mia priorità nel proporre questo utilissimo metodo di indagine.

L'ATTUALITÀ MEDICA

Eziologia e meccanismo dei raffreddori.

Le recenti ricerche di R. Dochez, K. Mills e Yale Kneeland (*The Lancet*, 5 sett. 1931) hanno dimostrato fondata la supposizione che i batteri visibili che si trovano nelle secrezioni nasofaringee hanno soltanto importanza secondaria e pertanto tali AA. hanno rivolto la loro attenzione al virus filtrabile. La difficoltà di esperimenti su questo sta nel fatto che i comuni animali da laboratorio sono inutilizzabili per tali ricerche. Gli AA. hanno invece praticato i loro esperimenti sul chimpanzè il quale va soggetto a raffreddori del tutto simili a quelli dell'uomo. Hanno quindi riprodotto in esso il raffreddore per mezzo di filtrati di lavature del naso-faringe di uomini con tale malattia e l'hanno riprodotta dall'una all'altra scimmia per inoculazione e per contatto, nonchè su uomini che si sono prestati all'esperimento. Non vi è bisogno di dire quali e quante precauzioni sono state prese per eliminare ogni causa di errore.

Hanno poi coltivato il virus in uno speciale terreno di coltura e con la quindicesima coltura al 74° giorno dopo la prima hanno riprodotta la malattia nell'uomo.

Nessun dubbio quindi che, almeno uno dei tipi dei raffreddori comuni sia dovuto ad un virus filtrabile. Si può ritenere che esso, fin dall'inizio, provochi un aumento di attività di ogni germe potenzialmente patogeno che si trova nel tratto respiratorio e che renda possibile l'impianto in questo di germi provenienti dall'esterno.

Tenuto poi conto che in ogni individuo con stigmate reumatiche la recrudescenza del processo reumatico è occasionata da un attacco di raffreddore comune, si può inferire che il virus di questo, negli accennati individui agisce da iniziatore e da promotore dell'infezione delle vie respiratorie superiori.

Il significato di questo virus nell'eziologia e nell'epidemiologia delle infezioni respiratorie nelle comunità è tuttora oscuro, ma alcuni fatti stanno ad indicare la sua grande importanza.

Gli studii delle esplosioni dei raffreddori comuni in determinati gruppi di popolazione dimostrano un'alta morbosità a carattere ciclico. Gli apici delle curve si trovano nei primi mesi autunnali — settembre ed ottobre — nei mesi medio-invernali — gennaio e febbraio — e nei mesi primaverili — aprile e maggio. Il carattere dell'esplosione epidemica varia di gravità e sembra che vi sia un aumento progressivo di questa per quanto riguarda le infezioni secondarie man mano che ci si avvicina alla primavera. L'anno respiratorio, per così dire, va dal settembre al giugno; con il progredire di questo, aumenta la diffusione, nel naso-faringe di individui sani, di agenti potenzialmente patogeni quali sono il pneumococco, il Bac. di Pfeiffer e lo Strept. emolitico.

Sembra pertanto che, come conseguenza dei ripetuti cicli dei comuni raffreddori, durante l'anno respiratorio, aumenti l'opportunità per i germi potenziali e patogeni secondari del tratto respiratorio di provocare infezioni; la loro diffusione aumenta e la loro virulenza si accresce. E' quindi possibile che alcune esplosioni epidemiche della così detta influenza risultino dalla coincidenza di uno scoppio epidemico di comuni raffreddori e dall'aumento di virulenza dei germi patogeni noti delle vie respiratorie superiori. Ad ogni modo, rimane assodato che il virus dei comuni raffreddori ha una parte importante nel provocare le infezioni respiratorie nella comunità, oltre all'indubbio significato che ha per l'infezione individuale. *fil.*

SUNTI E RASSEGNE.

VERSAMENTI.

Essudati e trasudati. Diagnosi differenziale e patogenesi.

(F. Casanova. *Diagnostica e Tecnica di Laboratorio*, 25 maggio 1931).

La questione della diagnosi differenziale dei versamenti è stata aggredita da molteplici parti e si può dire non esista qualità o sostanza dei liquidi di cui non sia stata tentata l'utilizzazione a scopo diagnostico. Volendo valutare comparativamente il significato che a ognuna di queste qualità si deve dare, è necessario fare una premessa: ogni ricerca ha avuto i suoi sostenitori ed i suoi detrattori. Le ragioni di questa discordanza (astraendo dalle differenze di tecnica) sono da ricercare sia nel fatto che spesso il carattere preso in esame è veramente non utilizzabile per le sue alte variazioni indipendenti dalla natura del liquido, sia nel fatto che molti versamenti si dimostrano di natura mista in ogni carattere.

La valutazione critica dei metodi proposti deve dunque farsi procedendo per esclusione, escludendo cioè tutti quei dati che hanno fornito in maggior copia risultati discordi con la diagnosi clinica ed anatomo-patologica. Così, fra i caratteri fisici, sembrano affatto inutilizzabili crioscopia e conducibilità elettri-

ca; sono utili invece ma scarsamente il P.S. ed il pH. Viscosità e tensione superficiale sembra tengano il primo posto fra i caratteri fisici. Fra i componenti chimici dei liquidi non possono essere utilizzate le percentuali delle varie sostanze minerali nè dell'azoto residuo, sia considerato globalmente che nei suoi componenti: N ureico, N purinico, N ammoniacale, N. creatinico. Si deve fare un'eccezione per l'N amminico che è in diretta relazione con la proteolisi. Neppure si può dar valore al dosaggio dei grassi, del glucosio e della bilirubina. La colesterina, pure può fornire dati scarsi, però si nota che la sua presenza deve ritenersi una concomitanza necessaria della essudazione. Restano dunque le sostanze proteiche, il più antico dato differenziale, a dare con il loro quantitativo e con la loro natura (fibrina, globulina) la spia più sicura della presenza e intensità del processo infiammatorio che ha colpito la sierosa. Analogo è il significato dell'azoto totale. Quanto alla citodiagnosi, prese a sè le formule citologiche non hanno grande valore. Quando però sia confrontata con gli altri dati fisici e chimici, la citodiagnosi assume grande valore. Circa le reazioni diagnostiche, le migliori sono quelle all'acido acetico e di queste di gran lunga e per unanime riconoscimento quella del Rivalta, la quale rappresenta una valutazione approssimativa delle globuline contenute nel liquido.

Sul meccanismo genetico dei versamenti, due gruppi essenziali di ipotesi si contendono da lungo tempo il campo: meccaniciste e vitaliste. Le prime danno un'interpretazione basata su forze note nella fisica e, come tali, ubbidienti a leggi determinate, le seconde invece non ammettono l'applicabilità di tali leggi alle membrane sierose, che vengono considerate come dotate di un'attività propria secernente.

Le moderne ricerche sulla oncometria, sul rapporto alb./glob. del sangue e sulla forza osmotica proteica propria di tali frazioni, sulle leggi regolanti gli equilibri osmotici anormali, hanno avuto per effetto di rimettere in onore la teoria-meccanica.

La formazione dei liquidi di natura trasudativa si ritiene oggidì dovuta alla rottura del normale equilibrio fra la pressione idrodinamica regnante nei capillari (e tendente a fare uscire liquido dal torrente sanguigno) e la pressione oncotica del plasma, che tende ad attirarne dai tessuti. E per precisare: nella formazione dei versamenti e degli edemi dei cardiaci entrerebbe principalmente in causa l'aumento della pressione idrostatica, mentre la diminuzione della forza oncotica resterebbe come fattore secondario. I versamenti dei nefritici sarebbero dovuti invece a vera e propria ipoonchia del plasma causata a sua volta sia da ritenzione idrica che da diminuzione del rapporto alb./glob. Nei versamenti dei cirrotici, a questi due fattori si unirebbe l'aumentata permeabilità dei capillari.

Per la formazione degli essudati lo Schade e da noi il Melli sostengono un meccanismo genetico in tutto simili. Qui però il primo fatto consiste nell'aumentata permeabilità dei capillari, i quali danno così passaggio alle proteine del plasma. Ne consegue ipoonchia plasmatica nel distretto vascolare infiammato, quindi anche qui un turbato equilibrio fra pressione idrostatica e pressione oncotica porta alla fuoruscita del liquido dai vasi.

Queste teorie partono da un punto di vista esclusivamente fisico-chimico e peccano in questo senso di eccessiva esclusività.

Secondo l'A. è molto fondato il pensare che la formazione del versamento riconosca in linea generale cause di natura fisico-chimica. Ma certamente questo liquido che passa attraverso il tessuto determinandone una specie di lavaggio deve pure trascinare con sè tutte quelle sostanze che sono il prodotto locale del processo infiammatorio (tossine batteriche, anticorpi, prodotti di metabolismo e di lisi cellulare, ecc.). Ammettendo la combinazione di questi due fenomeni, si comprende come, per l'essudazione al pari che per tanti fenomeni biologici, possa riconoscersi un fine utile per l'organismo. Infatti l'essudato, che coi prodotti tossici si riversa nella cavità sierosa, è in certo modo momentaneamente allontanato dal circolo vitale dell'organismo e le azioni fermentative ormai dimostrate che in esso si svolgono, disintegrando la molecola proteica, determinano la graduale scomparsa del potere tossico di tali prodotti fino a renderli nuovamente assimilabili nel circolo sanguigno. In questo senso sembra all'A. che si possa trovare una conciliazione fra teoria meccanica e teoria secretiva.

C. Toscano.

DISTROFIE LOCALIZZATE.

Sulla patogenesi e la cura delle ulcere trofiche della estremità.

(Ssoson-Jaroschewitsch. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 156, fasc. 3, pag. 495, 1929).

A base delle ricerche sta la possibilità di ottenere ulcere trofiche sperimentali nel cane con la neurotomia dello sciatico e la fissazione del moncone superiore ai muscoli glutei. La comparsa di queste ulcerazioni è costante. L'A. ha osservato che asportando il tronco del simpatico e il simpatico perivasale dei vasi di maggior calibro, tali ulcerazioni non comparivano se l'intervento precedeva la sezione dello sciatico, guarivano nel caso contrario. Con interventi numerosi egli è riuscito a dimostrare quali vie seguono le fibre dell'arco

diastaltico. Le vie afferenti seguono le fibre del gluteo e entrano nel midollo spinale in corrispondenza dei segmenti L^5-S^1 tanto con le radici posteriori che, è più, con quelle anteriori. Tali fibre non si incrociano, ma si portano a un gruppo di cellule gangliari situate nel corno laterale. Le fibre efferenti escono in prevalenza dalle radici anteriori e per mezzo dei rami comunicanti si uniscono al tronco del simpatico. Da qui si distribuiscono alla periferia per doppia via. Una segue il decorso dei grossi vasi ed è rappresentata dal plesso perivasale, la seconda si accompagna ad alcuni nervi del parasimpatico e si distribuisce ai muscoli, ai vasi, alla pelle, alle ossa, sottocutaneo. Questa via è la più importante. Sulla base di queste ricerche, l'A. crede di avere la spiegazione dei successi parziali che si ottengono sia con simpaticectomie che con neurotomie. In tutti e due i casi l'intervento è diretto solo su una parte delle fibre efferenti dell'arco riflesso e quindi insufficiente.

Un risultato può essere ottenuto solo con un intervento che interrompa tutte le fibre efferenti dell'arco riflesso e ciò può essere ottenuto combinando la sezione dei rami comunicanti secondo Royle e Hunter con la sezione delle radici posteriori secondo Förster. L'intervento così eseguito è molto aggressivo e troverà una giustificazione solo in casi gravi. Prima di intraprenderlo si cercherà di ridurre gli stimoli sul punto di partenza dell'arco riflesso cercando con una cura medica conservativa, di portare a guarigione stati di neurite infiammatoria o tossica, se esistono o con interventi cruenti si cercherà di ristabilire alla norma rapporti anatomici alterati nei casi in cui le alterazioni trofiche sono una conseguenza dell'alterazione del nervo (escissione di neuromi, sutura nervosa, endoneurolisi, ecc.).

Qualora i risultati che così si ottengono siano poco soddisfacenti, si cercherà prima di ottenere la guarigione con interventi poco aggressivi come la neurotomia, la simpaticectomia periarteriosa, ecc. riservando ai casi di insuccesso la sezione di tutte le vie efferenti dell'arco riflesso trofico, cioè la sezione dei rami comunicanti e delle radici posteriori.

P. VALDONI.

L'acrocianosi.

(F. LAYANI. *Revue de Médecine*, maggio 1931).

L'acrocianosi è un'affezione costituita dalla seguente triade sintomatologica: cianosi, raffreddamento, disturbi vaso-trofici delle estremità.

Ha un decorso lento e progressivo con inizio nell'infanzia. Solo eccezionalmente è stata constatata seguire in modo acuto ad infezioni, a parto, ad esposizione al freddo.

Sono colpite le estremità simmetricamente, più spesso le mani fino al terzo medio dell'avambraccio.

La cianosi è d'intensità varia, dal rosso vivo al viola nero, secondo la gravità del caso, l'intensità del freddo, i momenti della giornata. La tinta è più marcata perifericamente, degrada insensibilmente e spesso i tessuti vicini ed anche tutto il resto del corpo hanno un aspetto marmorizzato.

L'abbassamento termico può raggiungere i 3-4 gradi, e spesso sono fredde non solo le parti cianotiche ma anche le regioni distanti, sopratutto le ginocchia e le parti estensorie degli arti.

I disordini vaso-trofici consistono nell'iperidrosi che rende l'estremità sempre umide, nell'edema che dà alle parti stesse una pastosità speciale, nell'ipertricosi che si estende agli avambracci e alle gambe.

L'ipertensione venosa è costante e oscillante.

Non si hanno mai disturbi trofici gravi. La fisiopatologia che sta alla base dell'affezione consiste nell'insufficienza del sistema ortosimpatico con prevalenza vagotonica nella debolezza endocrina generale con sindrome sanguigna particolare, nell'ipotonia di tutto il sistema cardio-vasale.

L'insufficienza o ipotonia del simpatico è dimostrata dall'assenza di reazione vasale al bagno freddo, dalla prova con l'adrenalina che non dà alcuna reazione ipertensiva e neppure acceleramento del polso. Le altre prove farmaco-dinamiche con l'atropina e la pilocarpina danno risposte a tipo anfotonico con prevalenza tuttavia delle reazioni a tipo vagotonico.

I disturbi endocrini riguardano l'ovaio (mestruazioni irregolari, dolorose, scarse o abbondanti), la tiroide (infiltrazione della cute, rallentamento delle funzioni organiche), in alcuni casi l'ipofisi (tumore ipofisario, sindrome adiposogenitale, stato acromegalico riscontrati in qualche paziente), e talvolta anche la surrenale ed il pancreas (dimagrimento notevole).

La sindrome sànguigna è costituita da prolungamento del tempo di coagulazione.

L'ipotonia del sistema cardio-vasale è documentata dalle riduzioni di dimensioni del cuore rilevabile all'ortocardiogramma, dall'ipotensione arteriosa e dall'ipertensione venosa.

Il disturbo vasomotorio che è l'essenza dell'acrocianosi oltre che a disfunzione endocrina può essere in rapporto ad una lesione materiale delle vie simpatiche (neuroni superiori, centi mesencefalici, neuroni periferici). In effetti l'acrocianosi può riscontrarsi nella catatonia, nella senilità, nelle sindromi parkinsoniane, nell'encefalite letargica, nei disturbi fisiopatici. Può anche essere d'origine riflessa in seguito a raffreddamento.

L'acrocianosi può associarsi alla malattia di Raynaud, all'eritromelalgia, alle acroparestesie, agli edemi parossistici, all'orticaria, alla sclerodermia, agli edemi infiammatori, alla flittenulosi recidivante delle estremità, alla ta-

chicardia parossistica, alla colite mucomembranosa.

La diagnosi dell'acrocianosi non offre difficoltà. È facile la distinzione dalle cianosi cardiache e polmonari, dall'eritromelalgia, dall'acrodinia.

Dalla malattia di Raynaud tipica si distingue perchè questa è dolorosa, decorrente a crisi, accompagnata da gravi disturbi trofici, mentre l'acrocianosi è indolente, permanente scompagnati sempre da gravi disturbi trofici.

Con l'arterite stenosante senile e diabetica non è possibile la confusione. Dall'arterite giovanile si distingue perchè questa è accompagnata da dolori, claudicazione intermittente, da ulcerazioni atoniche asimmetriche.

L'acrocianosi ipertrofica può far pensare all'acromegalia, alla osteopatia ipertrofizzante pneumonica, all'acrodermatite cronica atrofica.

Il trattamento deve tendere a: 1° rinforzare l'eccitabilità del simpatico; 2° ristabilre l'equilibrio endocrino e attenuare i disturbi della crasi sanguigna; 3° favorire l'adattamento del sistema cardio-vasale alle nuove condizioni d'un organismo in fase-critica (pubertà e menopausa); 4° ricercare e curare eventualmente la causa profonda del male; eredosifilide e tubercolosi.

Si prescriverà quindi la stricnina, l'opoterapia pluringlandulare, l'ergotina e la chinina. Si faranno eventualmente cure generali antiluetiche ed antitubercolari.

Localmente si faranno i bagni d'aria calda, i bagni elettrici, i bagni ipertermici solforati a 40°-47° per 1-3 minuti.

Si possono fare anche applicazioni di pomate a base d'hamamelis ergotina e sapolan.

DR.

STATI POST-OPERATORI.

Lo shock postoperatorio.

(H. EPPINGER. *Wien. Klin. Woch.*, 16 genn. 1931).

L'A. affronta l'importante problema dello schock postoperatorio sotto i suoi vari aspetti per cercare di stabilirne le possibili cause.

Numerose e ben controllate sono le ricerche fatte eseguire dall'A. su tutti i vari sistemi, respiratorio, circolatorio, ecc. negli operati della sua clinica, per tentare di mettere in evidenza quali siano i possibili fattori determinanti lo schock.

In sostanza, a conclusione dei suoi lavori, l'Eppinger crede che non possa ormai sussistere nessun dubbio che non si tratti di un danno a carico del cuore, bensì di un vero e proprio collasso vasale: una buona parte del sangue che normalmente scorre nei vasi, in seguito al collasso non circola più e si arresta formando dei depositi; si viene così a stabilire uno stato simile a quello che si ha in seguito ad una abbondante emorragia. Il pericolo che l'organismo incontra è soprattutto da ricercare in una difettosa irrorazione di organi vitali; nel corso di un intervento poi si aggiungono altri vari fattori i quali tutti tendono più o meno allo stesso punto cioè al collasso vasale.

Sicuramente la narcosi e la sua qualità e quantità ha una grande importanza nelle genesi del collasso, per quanto non ad essa soltanto sia da attribuire lo stabilirsi degli schocks postoperatori gravi.

Per la terapia causale dello schock è importante la scelta del narcotico. Il cloroformio è il più pericoloso perchè è quello che trae seco gli schocks più gravi. Minori danni produce l'etere, mentre l'Avertina si avvicina per la sua pericolosità al cloroformio quando non sia somministrata come narcosi basale.

Il narcilene e l'etilene mostrano una minore influenza sul circolo mentre sotto questo punto di vista l'Ossidulo d'Azoto costituisce il narcotico ideale.

Per quanto l'acapnia non abbia grande importanza per la produzione dello schock, pure è opportuno evitarla somministrando un miscuglio di ossigeno (30-40 %) e di anidride carbonica (10 %) con la maschera di Ombredanne.

Riguardo alla terapia sintomatica, rimedio sovrano contro il collasso vasale periferico, è l'adrenalina.

Di grande aiuto sono anche l'ipofisina (se pura) e l'efetonina. La stricnina è un mezzo ottimo per elevare il tono vasale centrale. I preparati digitalici non hanno dato buoni risultati.

G. LA CAVA.

Insufficienza postoperatoria delle paratiroidi.

(W. BOOTHBY, S. HAINES, J. DE J. BEMBERTON. *The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, gennaio 1931).

L'insufficienza postoperatoria delle paratiroidi è caratterizzata da diminuzione del calcio del siero di sangue e da attacchi di tetania; negli stadi avanzati si hanno anche disturbi trofici.

Gli AA. videro alla Clinica Mayo 90 casi di insufficienza postoperatoria delle paratiroidi (alcuni malati erano stati operati in altre cliniche).

Essi notarono che il segno di Chvostek compare il primo e il secondo giorno dopo l'operazione e quando il calcio del sangue è diminuito di 2 mg. per 100 c.c. Quando l'ipocalcemia è più spiccata compare il segno di Trousseau. Gli spasmi muscolari compaiono per lo

più dopo 3, 4, 5 giorni (e la calcemia è ridotta di 6-7 mg.).

Nella metà dei casi i fenomeni d'insufficienza paratiroidea sono solo transitori e durano meno se si somministra lattato di calcio a dosi forti (30 gr.). La tetania scompare immediatamente coll'iniezione endovenosa di cloruro di calcio. Utile è l'uso di ormone paratiroideo.

Se l'insufficienza rimane permanentemente si hanno spasmi muscolari non permanenti, irritabilità nervosa, spesso mixedema (per insufficienza tiroidea associata).

L'insufficienza postoperatoria è rarissima fra gli uomini (2 casi soli su 90); non si sa perchè esista questa differenza fra i sessi.

Si dice che l'insufficienza è cronica se supera le due settimane dopo l'operazione. In questa forma si dà lattato di calcio varie volte nella giornata, più olio di fegato di merluzzo o ergosterolo irradiato una volta al giorno, inoltre si somministra indefinitamente l'ormone paratiroideo. R. LUSENA.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

JEAN CATHALA. *Pathologie du nourrisson.* Vol. in-8° di pagg. 189. Masson e C. Paris, 1931. Fr. 22.

Come dice giustamente l'A. stesso, questa breve opera che si riferisce al bambino lattante può essere utile allo studioso che intenda rapidamente farsi un concetto generale della patologia e delle sue particolari manifestazioni e caratteri nella prima infanzia.

In modo assai chiaro ed estremamente sintetico l'A. espone in queste poche pagine tutta la patologia del primo anno di vita e se da un lato questo suo lavoro sente dei noti caratteri della scuola francese, dall'altro dimostra una certa originalità di pensiero e di esposizione.

Certo questa, che potremo dire, sintesi della patologia, è frutto di una buona cultura della quale qui sono esposte solo le linee principali.

Nei primi capitoli l'A. parla e delle reazioni generali dell'organismo infantile ai diversi agenti traumatici, infettivi, fisici, e delle malattie alimentari del piccolo bambino tenuto a diversi tipi di allattamento: passa quindi a considerare le infezioni acute e croniche che possono colpire la prima infanzia, e le varie costituzioni e diatesi.

Nella II parte l'A. si riferisce all'esame clinico del neonato e allo studio sintetico di qualche sindrome e forma morbosa come la sindrome tossica, il rachitismo, le affezioni cutanee, l'anemia, ecc.

Nell'ultimo capitolo sono raccolte indicazioni terapeutiche generali e la dietetica del bambino ammalato, con speciale riguardo alla dieta idrica e rialimentazione nei casi di sindrome tossica. C. NERVI.

P. NOBÉCOURT. *Clinique médicale des enfants. Affections des organes hémo-lymphopoïetiques et du sang.* Vol in-8° di circa pagg. 450. Masson et C. Paris, 1931. Fr. 60.

In questo volume, che fa parte della serie di lezioni cliniche raccolte dal Nobécourt, vengono trattati quasi tutti gli argomenti riguardanti le malattie del sangue e degli organi ematopoietici, che più comunemente si riscontrano nell'età infantile.

Come nei precedenti, è sempre l'osservazione di un caso morboso che offre lo spunto alla discussione diagnostica e patogenetica, corredata di tutte le ricerche cliniche necessarie, e completata dall'indicazione terapeutica.

Tale sistema di presentare i vari capitoli della patologia riesce proficuo, rendendo la letteratura facile e dilettevole.

M. FABERI.

E. LESNÉ e A. BOUTELIER. *La syphilis héréditaire larvée.* Vol. in-8° grande di pagg. 53. G. Doin et C. Paris, 1931. Fr. 14.

Non sempre la sifilide ereditaria si manifesta con sindromi nette. Spesso invece i suoi segni sono mascherati da quelli di una malattia differente o di una sindrome banale.

Conviene tuttavia che il medico riconosca tali segni, altrimenti la mancata applicazione tempestiva della terapia specifica può indurre a manifestazioni ben più gravi ed irreparabili.

Nella breve monografia degli autori tutta la sintomatologia dell'eredo-sifilide larvata viene esposta, in rapporto ai singoli organi e sistemi, con chiarezza e precisione, ed ognuno potrà attingervi delle nozioni, che nei trattati classici facilmente sfuggono o non vengono addirittura accennate. M. FABERI.

E. APERT. *Les infantilismes.* G. Doin, Paris, 1931. Fr. 20.

L'attuale monografia, che fa parte della collezione di « Pratica medica illustrata », permette di gettare un rapido sguardo sulla complessa questione dei disturbi di sviluppo somatico e psichico, secondari ad alterazione delle varie ghiandole a secrezione interna.

In ogni capitolo, infatti, viene discusso il valore patogenetico di ogni singola ghiandola nei confronti della sindrome morbosa ad essa riferentesi, e mentre numerose e nitide figure aiutano a fissare nella mente il caratteristico aspetto assunto dal malato, d'altra parte vengono accennate tutte le risorse terapeutiche alle quali si può fare ricorso caso per caso.

M. FABERI.

(1) **Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.**

I CONGRESSI DI MEDICINA E CHIRURGIA

XXXVIII Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

(Bari, 18-21 ottobre 1931).

L'inaugurazione del 38° Congresso della Società Italiana di Chirurgia ebbe luogo in comune con la Società Italiana di Medicina Interna alle ore 10 del giorno 18 ottobre.

Di essa è stato già detto nel fasc. 44.

Seduta pomeridiana (18 ott., ore 15).

Presidente: Prof. RIGHETTI (Bari).

Sindromi associate dell'addome destro.

PARTE CHIRURGICA.

Prof. NICOLA LEOTTA (Palermo).

(*Conclusioni*).

La concomitanza di più lesioni a carico degli organi dell'addome destro, e specialmente di quelle che nella pratica pongono i più comuni e più difficili problemi diagnostici e degli insuccessi curativi, è causa dei frequenti errori diagnostici e curativi, continuamente lamentati, nel campo delle affezioni addominali, specialmente per l'appendicite cronica, le ulcere gastriche e duodenali, la colecistite, le periduodeniti, le pericoliti, le periviscerititi in genere, ecc.; le osservazioni relative, che divengono ogni giorno sempre più numerose, hanno risollevato, per ciascuna delle affezioni concomitanti, e specialmente per l'appendicite, la colecistite e l'ulcera gastrica e duodenale, delle questioni dottrinali e pratiche, che sembrano ormai pacificamente superate e definitivamente risolte, mentre oggi, invece, esse appaiono sotto un aspetto nuovo, pieno di incertezze con ampie divergenze di vedute e con le immancabili diversità di atteggiamenti fra i vari chirurgi.

L'O. tratta le possibili associazioni fra le lesioni dell'addome destro, avendo di mira sopratutto la risoluzione dei problemi patogenetici, diagnostici e curativi, che rappresentano la parte nuova e più controversa della patologia addominale.

Su basi esclusivamente anatomo-patologiche egli fa una divisione delle sindromi associate dell'addome destro, nei quattro gruppi seguenti:

1) Sindrome addominale destra;

2) Sindrome addominale destra con colecistite;

3) Sindrome addominale destra con ulcera gastrica o duodenale;

4) Sindrome addominale destra con colecistite ed ulcera gastrica o duodenale.

A) *Sindrome addominale destra* (*S.A.D.*). — Questa complessa entità nosologica è attualmente spezzettata in molte sindromi, ciascuna delle quali mette in evidenza uno solo o parte degli elementi: o anatomici, o funzionali, o clinici; come: appendicite cronica, stasi intestinale cronica, periduodeniti, pericoliti, epiploiti, mesenteriti, sindrome iliaca destra, sindrome digestiva cronica dell'addome destro, periviscerititi, con le relative molteplici varietà cliniche, ecc., le quali tutte, come le tante altre sindromi esistenti con nomi diversi, differenziano spesso sindromi essenzialmente identiche, e quindi, polarizzando l'attenzione su una parte del quadro anatomico e clinico, danno una nozione incompleta e parziale dell'affezione. Tutte queste sindromi sono in realtà parte di una unica entità anatomo-patologica e clinica, a cui l'O. dà il nome di S.A.D.

a) *Anatomia patologica.* L'O. descrive minutamente il quadro anatomo-patologico della S.A.D., che deve essere tracciato *in vivo*, sugli organi funzionanti, con l'esame radiologico e l'esplorazione chirurgica, che a vicenda si controllino e si integrino. Illustra così: le alterazioni dell'appendice, dalle quali deduce la esistenza costante, nella S.A.D., di un'appendicite acuta o cronica, in atto o pregressa; le alterazioni a carico dei meso, note come mesenteriti, mesocoliti e mesosigmoiditi; le alterazioni dei relativi segmenti intestinali, estrinsecantisi con vizii di posizione o disturbi semplicemente funzionali; le lesioni degli epiploon, che distingue in epiploiti interstiziali e marginali; le formazioni periviscerali, comunemente chiamate periviscerititi, termine, più che improprio, assolutamente errato.

Ricorda le teorie finora esistenti sulla genesi delle varie neoformazioni periviscerali, e ne dimostra, anche in base a nuove ricerche, la natura infiammatoria. L'O. sostiene come esse, ed anche molti dei cosidetti legamenti peritoneali accessori, non siano che prodotti patologici, neoformatisi per stimoli irritativi vari, ma specialmente flogistici, attraverso le reazioni patologiche comuni a tutte le sierose, con le particolarità proprie di tali reazioni nel peritoneo viscerale e nell'epiploon, legate all'intensità dei fenomeni congestivi, per le peculiarità anatomiche e fisiologiche del peritoneo stesso. Tutte queste neoformazioni periviscerali, che sono state fin qui variamente classificate, sono dall'O. distinte in tre gruppi: sclerosi parietali, aderenze fibrose e aderenze membranose, e descritte nelle varietà esistenti attorno ai vari segmenti intestinali e specialmente attorno all'appendice, al colon, al duodeno, allo stomaco, al piloro, alla cistifellea.

Quindi prende in considerazione: le varie ptosi viscerali, generali e locali, che possono coesistere; le lesioni epatiche, spleniche, pancreatiche e renali; le lesioni dei genitali interni femminili, che assai frequentemente possono aversi nella S.A.D.; le alterazioni parietali del tubo gastro-enterico e le linfoadeniti croniche, delle varie linfoglandole addominali.

b) *Patogenesi.* Tali alterazioni anatomo-patologiche sono conseguenza di un processo infettivo cronico peritoneale, diffuso a tutta la cavità peritoneale, con un massimo nella metà destra dell'addome. Patogeneticamente l'O. dice che:

1) le lesioni peritoneali della S.A.D. sono legate ad una peritonite cronica semplice d'origine digestiva;

2) che l'appendicite (sempre presente, in atto o pregressa) entra in gran parte nella genesi di questa peritonite cronica semplice e che nella grande maggioranza dei casi — forse sempre — rappresenta il *primum movens* nella lunga serie dei processi morbosi;

3) che la diffusione del processo peritoneale,

una volta questo stabilitosi, e qualunque sia il punto di partenza, può avvenire sia per continuità sul peritoneo, sia per le molteplici vie linfatiche, sia con l'intermediario del grande epiploon, in preda anch'esso ad epiploite cronica, che può trasportare l'infezione da un punto a qualunque altro dell'addome;

4) che la ulteriore evoluzione è mantenuta dalla colite e pericolite, che fatalmente si stabilisce, anche indipendentemente dall'appendicite;

5) che una volta iniziatasi la catena dei processi morbosi, questi evolvono indipendentemente dall'appendicite, anche quando questa sia stata il primo anello sicuro della catena;

6) che costituzionalmente la S.A.D. predilige i longitipi simpaticotonici;

c) *Sintomatologia.* La complessa ed intricata sintomatologia risulta da tre fattori principali;

1) fattore flogistico peritoneale (dei meso, degli epiploon, della parete intestinale, ecc.);

2) fattore meccanico (per la retrazione dei meso, per le formazioni periviscerali, per le aderenze, ecc.);

3) fattore nervoso.

Quest'ultimo entra in giuoco con un complesso di elementi, cioè: *a*) con riflessi nervosi, capaci di determinare disturbi funzionali di un dato organo, per lesioni di un organo lontano; *b*) con le ripercussioni sulla innervazione simpatica e parasimpatica degli stati flogistici del peritoneo viscerale e dei meso, capaci di determinare paresi dell'uno con prevalenza dell'altro, o paresi di entrambi i due sistemi di nervi vegetativi, con le relative ripercussioni motorie e secretorie; *c*) con le conseguenze meccaniche, or ora esaminate, che le formazioni periviscerali sono capaci di determinare sugli stessi nervi vegetativi, e prevalentemente con la stasi venosa e linfatica, capaci anch'esse di determinare paresi o eccitamenti dell'uno o dell'altro o di entrambi i due sistemi nervosi vegetativi, simpatico e parasimpatico, che si ripercuotono sulle funzioni motrice e secretrice; *d*) con le variazioni individuali e costituzionali della innervazione vegetativa.

Ed in conseguenza si possono avere: stati ipercinetici e stati paralitici, più o meno bene compensati, prima; e successivamente prevalenza dello stato paralitico nei relativi segmenti di intestino. Il compenso funzionale, che in proporzioni diverse si ha nei vari individui, spiega:

1) la mancanza di parallelismo tra alterazioni anatomiche e disturbi, per cui capita spesso di vedere alla esplorazione chirurgica formazioni periviscerali pronunziatissime (specialmente sul colon destro, sul duodeno), che erano insospettate, e viceversa;

2) la mancanza di parallelismo tra i disturbi, nei vari individui, a parità di fattori meccanici ostruenti;

3) le alternative di iperperistalsi e di ipoperistalsi, fino alla paresi intestinale, nello stesso segmento ed in segmenti diversi del tubo intestinale dello stesso individuo, capaci di dare tutta una serie di disturbi da ipercinesi o da stasi intestinale.

La sintomatologia consiste: *a*) nelle turbe digestive, che si estrinsecano con le varie forme di dispepsia gastrica, di dispepsia duodenale, di stitichezza più o meno ostinata e grave; *b*) nei dolori spontanei, per i quali è analizzata, in base alle recenti vedute sulla sensibilità viscerale, la genesi e sono esposte le molteplici manifestazioni dolorose; *c*) nei fenomeni di intossicazione cronica; *d*) nelle manifastazioni sintomatiche date dalle lesioni degli organi interni.

Tale sintomatologia può presentare delle varianti in rapporto alle varietà anatomo-patologiche di S.A.D. ed essere quindi dominata ora dalla sintomotalogia gastrica, ora dalla duodenale, ora dalla biliare, ora dalla ceco-colica, ecc.

L'esame obiettivo dà molto poco: talora esiste una lieve contrattura muscolare della zona cecale, o della metà destra della parete anteriore dell'addome, più o meno estesa o circoscritta; e quasi sempre si hanno zone dolorose alla pressione; alla fossa ileo-cecale, nella zona pararettale destra, alla regione epigastrica, alla regione ipocondriaca destra ed altre, ancora, giacchè i dolori alla pressione possono essere variabili, per sede ed estensione, cosicchè essi, come gli altri possibili sintomi, che l'O. ricorda, non hanno significato diagnostico di grande valore.

Devono essere rilevate le alterazioni dello stato generale del sistema nervoso, degli organi respiratori, del fegato, del pancreas, dei reni, ecc., che possono esistere ed esistono con grande frequenza.

L'esame radiologico, che ha importanza diagnostica grandissima, è trattato a parte.

d) *Diagnosi.* È illustrata dal punto di vista clinico, anatomo-funzionale e patogenetico.

e) *Trattamento.* Accenna al trattamento preventivo generale per tutte le sindromi associate, ed alle indicazioni alla cura medica e chirurgica della S.A.D., ed illustra particolarmente il trattamento chirurgico della S.A.D., insistendo sulla necessità di operare a freddo, sulla opportuna scelta dell'anestesia, sulla rapidità operatoria e sulla buona tecnica, che specialmente deve evitare manipolazioni rudi e stiramenti dei tessuti, sia per evitare la tanto — a torto — temuta formazione di aderenze post-operatorie, sia come preventivo contro la polmonite post-operatoria. Hanno grande importanza le cure post-operative, specialmente in rapporto alla colite, ad evitare le recidive.

Indica per la laparotomia la incisione mediana sopra- e sotto-ombelicale, ed in alcuni casi, specialmente nella S.A.D. con colecistite, una incisione propria, che dà una breccia la più ampia possibile, risparmiando la innervazione e che quindi assicura una ricostituzione della parete con integrità anatomica muscolare e nervosa perfetta.

Le modalità dell'intervento devono essere stabilite dopo fatta un'esplorazione completa sistematica di tutti i vari organi addominali. Si eseguirà sempre l'appendicectomia e l'asportazione dell'ovaia ed annessi di destra, nei casi di lesioni relative.

La viscerolisi è la parte più utile dell'intervento e ne è indicata la tecnica relativa. Le stomie sono indicate quando esistono ostruzioni meccaniche a carattere stenosante stabile; le ectomie, specialmente la colectomia destra, sono indicate quando non è possibile raggiungere la viscerolisi perfetta e quando non esiste una stenosi localizzata stabile, che indichi una stomia.

B) *Sindrome addominale destra con colecistite.* (S.A.D. con colecistite). Diversifica dalla S.A.D. precedente per la coesistenza della colecistite.

Anatomia patologica. Si aggiungono alle lesioni della S.A.D. le alterazioni da colecistite, che sono

ampiamente illustrate, sia che si tratti di colecistite calcolosa o meno o delle varie forme di cistifellea a fragola.

Patogenesi. Le lesioni infettive della cistifellea sono secondarie alle lesioni della S.A.D., e studiando i germi, le vie da questi seguite e le circostanze che ne favoriscono o determinano l'attecchimento, l'O. dimostra come, pur essendo possibili varie vie di infezioni per la colecistite, la via portale e la via linfatica debbano ritenersi le più seguite, per l'infezione proveniente sia dall'appendice, sia dal segmento ileo-colico, che dagli altri organi infetti della S.A.D.

Sintomatologia. Oltre a quella della S.A.D., coesiste la sintomatologia della colecistite, che si manifesta, oltre che con le classiche coliche epatiche, che l'O. chiama le *grandi coliche*, con crisi dolorose meno intense, che l'O. chiama, in contrapposto, le *piccole coliche*.

Il dolore vescicolare è sempre bene apprezzabile ma possono esistere molte cause di errore. Assai spesso coesistono lesioni degli organi interni: fegato, pancreas, ecc.

Diagnosi. La diagnosi, che deve essere clinica, anatomo-funzionale e patogenetica, si gioverà molto della colecistografia e della prova di Meltzer-Lyon.

Trattamento. A parte la cura medica, di cui sono esposte le indicazioni, per la cura chirurgica, che è quasi generalmente indicata, si osserveranno tutte le precauzioni avanti, durante e dopo l'operazione, come per la S.A.D. L'intervento chirurgico deve essere completo per la S.A.D. e deve inoltre praticarsi la colecistectomia.

C) *Sindrome addominale destra con ulcera gastrica o duodenale (S.A.D. con ulcera)*. — Diversifica dalla S.A.D. per la coesistenza di un'ulcera gastrica o duodenale, e secondo l'O. l'associazione esiste nel 100 per 100 delle ulcere, chè l'ulcera gastrica o duodenale non esisterebbe indipendentemente da un'appendicite o da lesioni del tipo della S.A.D.

L'ulcera sarebbe d'origine infettiva, secondo una concezione, però, diversa dalla classica teoria infettiva, poichè si tratterebbe di una infezione ascendente, a punto di partenza da uno dei focolai della S.A.D., che seguirebbe, per arrivare al focolaio dell'ulcera, vie non differenti da quelle seguite nella S.A.D. Ma poichè non in tutte le S.A.D. si stabilisce l'ulcera, è necessario ammettere dei fattori predisponenti, che favoriscono o determinano l'attecchimento dell'infezione, cioè del fattore determinante. L'uso dei termini comuni di fattori predisponenti e fattori determinanti deve farsi, però, senza pregiudizio dell'importanza patogenetica relativa degli uni rispetto a quella degli altri fattori.

Tra i fattori predisponenti l'O. dà importanza ai fattori circolatori, nervosi e costituzionali: questi ultimi specialmente riguardo al tipo neurovegetativo, visto che la S.A.D. con ulcera si ha nei vagotonici al 100 per 100.

Illustra dettagliatamente la sintomatologia, il decorso e la evoluzione, studiando le possibili complicazioni, tra le quali è particolarmente preso in esame l'ulcera-cancro. Tratta la diagnosi dal punto di vista clinico, anatomo-funzionale e patogenetico, e la cura.

Questa non può essere che chirurgica: perchè non può contarsi sulle cure mediche per la guarigione dell'ulcera; perchè l'intervento oltre che dall'ulcera è reclamato dalla S.A.D., che aggrava la sintomatologia e impedisce la guarigione dell'ulcera; per la minaccia permanente di gravi complicazioni: emorragia, perforazioni, perigastriti, stenosi, ulcera-cancro.

Il trattamento consta di due parti: quella relativa alla S.A.D., precedentemente esposta, e quella relativa all'ulcera. Per quest'ultima, i criteri curativi, che rappresentano una questione ancora aperta tra gli estremisti sostenitori della gastroenterostomia e quelli della resezione larga, applicate sistematicamente, devono essere vagliati sulla base dei concetti patogenetici sostenuti dall'O., poichè molti degli insuccessi curativi fin qui attribuiti al trattamento chirurgico sono dovuti alla permanenza delle lesioni della S.A.D.

D) *Sindrome addominale destra con colecistite ed ulcera gastrica o duodenale (S.A.D. con colecistite ed ulcera)*. — Risulta dall'associazione di una S.A.D. con una colecistite ed un'ulcera gastrica e duodenale; con tutte le relative lesioni anatomo-patologiche. In essa tanto la colecistite come l'ulcera si stabiliscono per infezione ascendente, dalle lesioni primarie appartenenti alla S.A.D.

La cura non può essere che chirurgica e poichè si tratta di un intervento relativamente grave, occorre:

1) valutare esattamente la capacità di resistenza del malato;

2) mettere il paziente nelle migliori condizioni di resistenza prima dell'intervento;

3) proporzionare l'intervento alla capacità di resistenza del paziente.

L'intervento deve essere completo e radicale, per tutti gli organi colpiti, secondo le norme indicate per le associazioni precedenti.

PARTE RADIOLOGICA.

Dott. GIULIO VITA (Palermo).

(Conclusioni).

L'O. descrive la tecnica usata per lo studio delle sindromi associate dell'addome destro; tecnica la quale comprende lo studio radiologico dell'apparato digerente e delle vie biliari extra-epatiche. Tali sindromi associate sono divise in quattro gruppi secondo la classificazione della relazione Leotta.

1°) *Sindrome addominale destra* (S.A.D.). Tra le alterazioni dell'apparato digerente mette in rilievo:

Per lo stomaco: alterazioni di forma dovute a retrazione del piccolo epiploon rilevabili con deformità della piccola curvatura in tutte le sue sezioni. Queste alterazioni dovute a disturbi anatomici si possono sommare anche a disturbi funzionali; affrettato svuotamento quando lo stomaco diventa verticale, ritardato svuotamento con sfiancamento delle pareti ed atonia quando il piloro e l'antro sono stirati verso l'alto.

La grande curva, sebbene di rado, per aderenze può venire stirata verso il basso e può presentare dei bassi fondi stabili.

L'antro pilorico può subire stiramenti da cui risultano destro-posizioni più o meno accentuate.

Per il duodeno, che è coinvolto spessissimo nelle S.A.D., si possono avere tutte le deformazioni

già descritte precedentemente da altri autori come ante e retro-posizioni del bulbo, periduodeniti, deformazioni del ginocchio superiore, deformazione della seconda porzione del duodeno.

Oggetto di particolare descrizione sono le forme spasmodiche, spasmodico-paretiche, e paretiche dell'ampolla duodenale, molto simili le due al quadro dell'ulcera duodenale, che possono talora mentire.

Viene segnalata la alterazione dovuta all'unione per membrana della regione sotto-mesocolica del duodeno col trasverso retratto verso l'alto per mesocolite.

Per il tenue sono messe in evidenza le alterazioni da mesenterite, e per esse, oltre alle forme note, l'O. mette in evidenza un altro tipo di alterazioni da mesenterite che si rivelano con l'alterazione della topografia del tenue (stiramento in alto nell'ipocondrio destro) dovute a retrazione del mesentere. Oltre a queste deformazioni sono illustrate quelle dell'ultima ansa dell'ileo per stiramenti dovuti alle alterazioni anatomo-patologiche delle S.A.D.

Per l'appendice l'A. nello studio dell'appendicite utilizza tutti i segni radiologici diretti ed indiretti per la diagnosi, ma secondo i concetti della scuola, essi sono poco importanti, mentre sono assai di maggior valore le lesioni a carico del colon e dell'ultima ansa dell'ileo.

La sindrome radiologica in tali casi viene spesso dominata dalle aderenze e dalle membrane periviscerali, la cui azione si somma a quella delle mesocoliti ed altre alterazioni anatomiche della S.A.D., dal cui insieme risultano i vari aspetti radiologici, per cui possiamo trovare: formazioni a chiocciola, ectopie, stasi diverticolari del cieco; aspetti paretici del grosso intestino ecc., deformazioni dell'angolo epatico del colon. Importanti sono anche le deformazioni del colon che possono assumere aspetti diversi, al solito, spastici o paretici, o paretico-spastici, e le deviazioni di esso con formazioni in alto di pseudo-flessure. L'O. cerca di mettere bene in evidenza i dati con i quali si può far diagnosi radiologica di aderenze del colon destro colla pagina inferiore del fegato studiando i movimenti obbligati di entrambi gli organi.

Propone di usare per la diagnosi di aderenze del colon, un metodo personale da lui sperimentato nella Clinica Chirurgica di Palermo, con risultati ottimi, che consiste nello studiare il comportamento e le modificazioni di forma che il colon subisce prima e dopo l'assunzione di un purgante drastico.

Per la colecisti sono studiate radiologicamente tutte le deformazioni che essa può presentare per aderenze perivescicolari, sempre con assenza di colecistite.

2) *Sindrome addominale destra con colecistite* (S.A.D. con colecistite). In questa forma illustra tutte le alterazioni che si riscontrano nella S.A.D., e sono studiate anche tutte le alterazioni da colecistite che vanno dallo stadio di stasi della cistifellea, di lipoidosi, di cistifellea a fragola, alla colecistite calcolosa e a tutte le altre forme di colecistite.

3) *Sindrome addominale destra con ulcera gastroduodenale* (S.A.D. con ulcera gastro duodenale). Tale sindrome è composta da tutte le alterazioni della S.A.D. più tutti gli aspetti radiologici dell'ulcera gastro-duodenale.

4) *Sindrome addominale destra con ulcera gastroduodenale* (S.A.D. con ulcera gastro-duodenale).

Comunicazioni inerenti al tema.

Seduta antimeridiana (19 ott., ore 10).

Presidente: Prof. Righetti (Bari).

Pozzi G. (Milano). — *La sindrome di appendicite cronica nell'adeno-mesenterite tubercolare.* — La linfadenite tbc. delle ghiandole ileo-coliche è rara, in genere quando esiste, si associano lesioni flogistiche banali dell'appendice. L'appendicectomia in questi casi non solo chiarisce la diagnosi ma rende impossibile l'infezione secondaria delle ghiandole e migliora le sofferenze del malato.

Puccinelli V. (Roma). — *Osservazioni sulle sindromi addominali associate.* — Invoca uno studio analitico accurato delle sindromi dolorose dell'addome destro e in particolare modo dei sintomi delle varie affezioni sì da dare una diagnosi preoperatoria esatta.

Guido G. (Palermo). — *La prova di Meltzer-Lyon nelle sindromi associate dell'addome destro.* — La ricerca è un validissimo aiuto semeieologico nella diagnosi anatomica e funzionale delle vie biliari specie quando i dati della prova concordino con quelli radiologici e clinici.

Trinchera C. (Bari). — *Criteri diagnostici e prognostici su sindromi addominali acute: peritoniti, strozzamenti, occlusioni. (Osservazioni cliniche e ricerche sperimentali).* — Ha eseguito ricerche sperimentali e cliniche sistematiche sulle orine, sul sangue, sulla funzionalità epatica in casi di occlusioni intestinali, peritoniti, ecc. Queste ricerche portano a criteri diagnostici e specialmente prognostici importanti.

Solieri (Forlì). — *Vagotonia, costituzione e sintonia patologica dell'addome destro.* — Rileva l'importanza dei fattori costituzionali nella determinazione della sindrome. Gli ammalati di sintonia dell'addome destro sono quasi tutti vagotonici. Molti casi di vagotonismo essenziale fanno pensare che sieno sostenuti dall'appendice e difatti l'appendicectomia li guarisce. Altri anche dopo l'operazione continuano a soffrire; sono essi dei vagolabili con accensioni di crisi vagotoniche.

Taddei (Pisa). — *Sindromi pseudo-colecistiche in donne con affezioni genitali interne.* — Ritiene discutibili le cosidette appendiciti croniche come elemento causale della sindrome addominale destra. Le membrane pericoliche sono in parte congenite, in parte infiammatorie, in parte di origine mista. L'origine congenita è dimostrata dalla presenza di fibre nervose. In alcuni casi di sindrome destra all'intervento non si rinviene nessuna lesione. L'O. invoca per questi casi l'intervento di azioni tossiche da lesioni di organi a distanza specie della tubercolosi polmonare. In questi casi esiste il sintoma della dolorabilità alla pressione dell'aorta, delle iliache e persino delle femorali. Chiama questa sindrome simpaticosi addominale. In altri casi i dolori sono legati a lesioni degli organi genitali interni; si avrebbe una compressione sul sigma-retto e quindi attacchi colitici o riflessi simpatici sul plesso solare.

Rindone (Palermo). — Sulla frequenza e sul significato dei legamenti peritoneali accessori. Ricerche anatomiche. Nei cadaveri dei bambini i legamenti sono assai meno frequenti che nell'adulto e ritiene quindi che formazioni legamentose di natura acquisita sieno state considerate normali.

Cimino (Palermo). — *Ricerche sul parassitismo microbico linfatico e peritoneale nelle sindromi associate dell'addome destro.* — I gangli del gruppo ileo-colico sono quasi sempre infetti con marcata corrispondenza tra la loro flora e quella dell'appendice. I gangli della piccola curva gastrica sono sempre sterili; quasi sempre quelli della grande curvatura, di raro gli ileo-colici, quasi mai i mesenterici. In alcuni casi si è avuto sviluppo di germi anche dalle membrane periviscerali. Tra i germi si notano colibacilli, stafilo-streptococchi, pneumococchi, enterococchi, il paratifo A e tetracocchi.

Rossi C. (Palermo). — *Fattori costituzionali morfologici e neuro-vegetativi nelle sindromi associate dell'addome destro.* — I longitipi di grado lieve o discreto vanno soggetti a forme attenuate di appendicite, quelli simpatico-tonici reagiscono con un esteso processo peritonitico adesivo che aggredisce più organi ed è responsabile della S. A. D. Nei longitipi a reazione vagotonica gli stessi elementi flogistici trovano lo stomaco e il duodeno vulnerabili per l'ulcera che in questa varietà di S. A. D. potrebbe considerarsi come un esito.

Per la colecistite calcolosa esistono altri elementi patogenetici che sfuggono (ricambio, ecc.) nel determinare la varietà morbosa.

Anzilotti (Livorno). — *Sindromi dell'addome destro in rapporto ad appendiciti croniche e pericoliti.* — Si ferma sulla diagnosi dell'appendicite cronica che ammette come forma clinica ben isolata con un substrato anatomico speciale la cui patogenesi è legata ad affezioni migranti addominali a localizzazione sierosica. Molte forme sono tubercolari. È partigiano nella cura di incisioni ampie che permettono l'ispezione di tutta la metà destra dell'addome.

Valdoni (Roma). — *Su alcuni casi di sindrome dolorosa dell'addome destro. (Osservazioni cliniche).* — Le sindromi associate addominali destre più frequenti sono le colecistitiche e le ulcere duodenali. Nella maggior parte dei casi di pericolite membranosa l'appendice è macroscopicamente sana. In un gruppo di casi è attribuibile a lesioni non flogistiche, così a vizi di posizione dell'appendice, ad anomalie di forma e posizione della cistifellea, ecc. Infine in un gruppo di casi in cui all'intervento non si è rinvenuta nessuna alterazione, si è messo in evidenza soltanto uno stato di ipertono.

Scalone (Milano). — *I fattori di relazione fra le sindromi associate dell'addome destro.* — Ritiene che molti casi sieno in relazione a neuriti. Espone i risultati di ricerche in cui ha notato infiltrazioni lungo i fasci nervosi. Con interventi sul simpatico si potrebbero ottenere guarigioni complete.

Marassini. — Sono di particolare interesse le indagini sui rapporti tra il tipo costituzionale e le manifestazioni della S. A. D., approfondendo le ricerche si potrà rilevare la particolare componente a cui la ectiopia morfologica è dovuta.

Discussione della Relazione.

Giordano (Venezia). — Ritiene l'incisione del Leotta troppo estesa; con una incisione mediana che scende un po' sotto e a destra dell'ombellico ha sempre fatto una esplorazione completa. Gran parte dei dolori possono imputarsi spesso al rene mobile. In tali casi con una incisione lombare si può fissare il rene, asportare l'appendice e se occorre anche asportare la colecisti.

Nella ricerca dei sintomi per la guida ad una giusta diagnosi preoperatoria è giusto rilevare con scrupolo i dati anche anamnestici che possono darla; occorre però non confonderli come può farsi p. es. tra « il dolore da fame » dell'ulcera duodenale e la « fame rabbiosa » della colecistite.

Fasiani (Padova). — Crede che i casi descritti dal Relatore come S.A.D. sieno meno frequenti. Per tale ragione anche l'incisione di Leotta è troppo estesa.

Rossi B. (Milano). — Non si può ricondurre ad una unica forma quel complesso di affezioni raccolte nel nome di S.A.D. Pur riconoscendo i legami tra appendicite e altre localizzazioni non si possono ammettere sempre. Così dolori preesistenti dopo colecistectomia dipendono spesso da lesioni infiammatorie delle vie biliari, ecc. Non crede, in tesi generale che tutte le formazioni periviscerali sieno da riferirsi a un processo infiammatorio. Nelle cosidette appendiciti croniche si ottiene la guarigione nel 70 % dei casi con la sola appendicectomia. Nei riguardi dell'incisione laparatomica giudica sufficiente una pararettale destra inferiore eventualmente prolungata in alto con direzione sottocostale.

Alessandri (Roma). — Alcune sindromi dolorose dell'addome destro sono bene precisabili clinicamente e anatomo-patologicamente: cioè corrispondono a una affezione diagnosticabile come ulcera duodenale, colecistite, annessite, ecc. L'associazione più frequente è quella tra ulcera duodenale e colecistite quasi sempre calcolosa. L'associazione di lesioni appendicolari con colecistiti o ulcere duodenali è meno frequente. Queste differenze sono forse anche in relazione al fatto che l'esplorazione sistematica dell'appendice in casi p. es. di ulcera duodenale, in assenza di una sintomatologia tipica non viene eseguita.

Anche per spiegare la rarità delle lesioni dell'appendice nella pericolite membranosa si può pensare che le lesioni dell'appendice abbiano evoluto verso la guarigione.

Rimane un gruppo di casi in cui esiste una sindrome dolorosa e in cui non possiamo porre una diagnosi esatta. È questo un gruppo artificiale e che con il progredire dei mezzi diagnostici e dell'esperienza clinica forse finirà con lo scomparire. In questo gruppo rientrano molti dei casi descritti dal Leotta le cui osservazioni rappresentano un ulteriore progresso delle nostre conoscenze in questo campo. A base di queste sindromi stanno in alcuni casi anche lesioni non flogistiche. In molti casi ancora, nonostante interventi esplorativi completi non si rileva nulla di patologico e l'ectomia dell'appendice, della cistifellea, ecc. non guarisce il malato. Può darsi che in que-

sti casi si tratti di sindromi funzionali; si limita però solo ad accennare la possibilità perchè ragionando solo su basi teoriche si può arrivare in questo campo a conclusioni assurde.

MAROGNA (Sassari). — In molti casi di S.A.D. non si trovano briglie nè aderenze, la sintomatologia è legata all'appendice, al duodeno, alla colecisti, ecc.

Una gran parte dei casi sono a base neuro-vegetativa o funzionale. La guarigione può essere ottenuta con una appendicectomia, ecc. ma talvolta nessun intervento è capace di darla. Non crede utile la viscerolisi perchè le aderenze si riformano.

CACCIA (Roma). — In grande maggioranza gli operati per appendicite cronica o pregressa sono guariti. È in questi casi di appendicite cronica da consigliarsi l'adozione ampia del taglio proposto dal Leotta? Se si potesse affermare una relazione tra appendicite e colecistite o ulcera gastrica ciò avrebbe una grande importanza medicolegale quando per l'appendicite sia stata riconosciuta la causa di servizio.

RISPOSTA DEL RELATORE.

LEOTTA (Palermo). — Fa osservare come il taglio da lui proposto è l'unico che possa permettere e l'esplorazione completa dell'addome destro e la cura proposta. È anche il meno lesivo in quanto interessa solo formazioni fibrose e mai interrompe i nervi. Naturalmente deve essere applicato quando clinicamente e radiologicamente si è arrivati a diagnosticare quelle lesioni (mesenteriti, briglie, ecc.) da lui descritte. Quando questa diagnosi non è stata fatta e mancano le lesioni aderenziali non è indicato l'intervento. La viscerolisi è indicata solo quando non esista più uno stato di flogosi, operando completamente a freddo le aderenze distaccate non si rinnovano.

Seduta antimeridiana (21 ott., ore 10).

Presidente: Prof. RIGHETTI (Bari).

COMUNICAZIONI VARIE.

MINERVINI (Napoli). — *Considerazioni statistiche sul cancro.* — I morti per cancro sono a Napoli in progressivo aumento, la minor percentuale di cancerosi è data dai tipografi, la massima dai lavoratori della carne.

L'O. pensa all'azione del piombo.

BRANCATI (Roma). — *Reticolo endotelio e tumori.* — Nei ratti portatori di sarcoma il così detto blocco del reticolo endotelio con il tripanblau determina un maggiore sviluppo dei tumori. Con osservazioni istologiche dimostra come la reazione istiocitaria che segue all'iniezione della sostanza colorante diventa enorme quando si aggiunge l'innesto del neoplasma. Fra gli elementi neoplastici in attiva proliferazione si trovano gli elementi istiocitari riconoscibili solo per i granuli di colore. Con altri esperimenti ha visto che la reazione istiocitaria non è specifica potendosi avere anche con traumatismi, ecc. Crede che la reazione istiocitaria limitata soltanto ad una iperplasia degli elementi cromofili mentre rimangono invariati gli elementi linfoidi, favorisca lo sviluppo dei neoplasmi.

D'AGATA (Messina). — Rileva l'importanza delle ricerche dell'O. sia sulle reazioni istiocitarie che sulla parte importante che gli istiociti hanno sulla genesi delle cellule grassose. Ricorda ricerche personali.

POTOTSCHNIG (Vicenza). — *Sulle plastiche cutanee dopo operazione radicale per cancro della mammella.* — Illustra 13 casi così operati. Il metodo più usato fu quello di Kleinschmidt. L'intervento viene eseguito quando occorre sacrificare un'ampia estensione di pelle.

Discussione.

ROSSI B. (Milano). — Non usa che molto di rado le plastiche, in genere non occorre ampliare esageratamente il territorio d'amputazione della pelle così da riuscire sempre a chiudere la breccia cutanea. Esegue invece qualche volta lo svuotamento delle ghiandole sopraclavicolari con la sezione temporanea della clavicola. Per evitare recidive cutanee fa seguire una cura radio-terapica.

GIORDANO (Venezia). — Crede anche lui rara la necessità dell'impiego di plastiche. È assolutamente contrario alla radio-terapia per i cattivi risultati che ha avuto.

FASANO (Asti). — Nella sua statistica è specialmente frequente la metastasi nella colonna vertebrale.

RIGHETTI (Bari). — È ricorso raramente a plastiche a lembi. Con trazioni ben fatte si riesce a chiudere quasi sempre la breccia cutanea.

CAPPELLI (Ancona). — Ha avuto anche egli cattivi risultati dalla radioterapia post-operatoria.

POTOTSCHNIG (*risp.*). — Conviene che gli interventi di plastica sono operazioni di eccezione che vanno usati soltanto in casi particolari come quelli da lui illustrati.

CAGNETTA (Bari). — *Aneurisma dell'arteria femorale destra consecutivo ad operazione di ernia crurale. Legatura dei vasi iliaci esterni (arteria e vena), guarigione.* — Il caso dimostra l'utilità di associare, secondo Ceci, la legatura della vena a quella dell'arteria.

DE GAETANO (Napoli). — Il Ceci sostenne la necessità della legatura della vena contemporaneamente a quella dell'arteria per i vasi del collo; spetta invece a lui la priorità della proposta e della applicazione del metodo agli arti.

MINERVINI (Napoli). — In due casi in cui ha legato solo l'arteria ha avuto risultati ottimi.

CAUCCI (Ancona). — Ha operato circa 20 casi di aneurismi con la duplice legatura dell'arteria vicino al sacco e con tamponamento del sacco. Ha avuto sempre guarigioni perfette senza aver legato contemporaneamente la vena.

Occorre ricordare che nel caso di aneurismi esiste sempre una circolazione collaterale.

CAPPELLI (Ancona). — In due casi di contemporanea legatura della carotide giugulare interna ha avuto disturbi cerebrali per anemia. Grazie al circolo del Willis in questi casi si hanno buoni risultati anche con la legatura dell'arteria senza la vena.

Alberti (Reggio Calabria). — *L'utilizzazione del cremastere nella cura delle ernie voluminose col metodo Bassini. (Modifica Caminiti).* — Illustra i vantaggi e gli esiti lontani ottenuti con la fissazione del cremastere al piano posteriore del processo Bassini.

Righetti (Bari). — Utilizza da anni e ha visto utilizzare abitualmente il cremastere a rinforzo del piano profondo della plastica nella cura delle ernie.

Alberti (*risp.*). — Accenna ai dettagli tecnici che saranno dati per esteso nel lavoro.

Carmona (Palermo). — *Ricerche sopra alcuni componenti del plasma sanguigno nella anestesia con etere e cloroformio.* — Il valore dell'azoto totale, della fibrina e dell'azoto non proteico sono modificati al massimo dal cloroformio, poco dall'etere.

Ronzini (Bari). — *Sulla natura tubercolare delle fistole ano-rettali.* — Con ricerche biologiche e batteriologiche ha dimostrato in 24 casi di fistola anale, in 18 una origine nettamente tubercolare, 4 casi sono stati negativi, 2 sospetti.

Battaglia (Napoli). — *Cura della tubercolosi chirurgica col vaccino tubercolare selezionato e stabilizzato.* Espone i risultati favorevoli ottenuti col suo metodo.

Marroni (Roma). — *Il trattamento delle tubercolosi viscerali (esclusa la polmonare).* — Ha trattato numerosi casi col suo metodo, con successo.

Ruscica (Roma). — *Anemia (splenomegalia) emolitica con emosiderinuria. Splenectomia.* — Il caso rientra nel gruppo di anemie emolitiche tipo Marchiafava. Illustra i reperti istologici della milza, delle linfoghiandole, e le ricerche numerose e complete eseguite.

Battaglia (Napoli). — I casi come quello studiato dall'O. sono importanti per quanto riguardano il problema della indicazione alla splenectomia e la presenza di emolisine.

Pascale (Napoli). — *Contributo clinico alla plastica dello stomaco.* — In un caso di ulcere multiple della piccola curva e della parete posteriore fu eseguita l'exeresi delle ulcere e la ricostruzione dello stomaco con un processo di plastica delle pareti. Pur ammettendo che la G.E. e la resezione non si escludono ma abbiano delle indicazioni proprie conclude che l'autoplastica è da considerare come il processo di elezione in alcuni casi di chirurgia gastrica.

Rollo (Napoli). — *La virulentazione dello stafilococco nei terreni di midollo delle ossa.* — La virulentazione è in rapporto al fatto che il midollo delle ossa è un ottimo terreno di cultura per il germe, ciò può spiegare l'elettività dello stafilococco per il midollo e i caratteri della osteomielite stafilococcica.

Dogliotti (Torino). — *Un nuovo metodo di anestesia tronculare. — La rachianestesia peridurale segmentaria.* — Con l'iniezione epidurale dell'anestesia si ottengono anestesie segmentarie profonde nel 85 % dei casi. È indicata specie negli interventi sull'addome. Non dà fenomeni gravi di ipotensione, non cefalea, modica rachialgia.

Righetti (Bari). — Per quanto il metodo debba dare una anestesia meno estesa e meno completa presenta certamente inconvenienti minori della rachianestesia. Intende esprimentarlo.

Chiariello (Napoli). — *Alterazioni ossee da ipertiroidismo sperimentale.* — Iniettando in ratti dell'estratto paratiroideo ha ottenuto riassorbimento osseo, emorragie-diafiso-epifisarie, formazioni di cavità dell'osso.
Ritiene che il quadro ottenuto realizzi l'osteite fibrosa cistica.

Ciarolanza (Napoli). — Ha osservato 3 casi guariti con l'estrazione del calcolo. Accenna alle difficoltà della diagnosi radiografica.

Rossi (Milano). — Per meglio riconoscere il calcolo alla radiografia è opportuno di praticare una per lato. La ricerca del calcolo si fa facilmente con un ago esploratore.

Seduta pomeridiana (21 ott., ore 15).

Careri (Napoli). — *I melanomi cutanei.* — Conclude che si tratta di neoplasie epiteliali originate dal melanoblastoma. Per la natura delle cellule tumorali sconsiglia la radioterapia.

Baiocchi (Napoli). — *La mio-emostasi nelle emorragie parenchimatose.* — La sostanza muscolare impiegata per l'emostasi viene sostituita da connettivo; nella mioemostasi del cervello e del fegato il riassorbimento si compie verso l'80° giorno. L'omo-pio-emostasi è più l'etero-mio-emostasi danno risultati pronti e duraturi. I fattori di mio-emostasi sono tre: meccanico, idiopatico, e fisico-chimico.

Righetti (Bari). — Ricorda le ricerche del Menghetti sull'emostasi con il grasso e chiede se l'oratore ha studiato il meccanismo dell'emostasi.

Pacetto (Roma). — *Il piombaggio di perdite di sostanza con tessuto muscolare. (Ricerche sperimentali).* — Alessandri ha attuato per primo il piombaggio cerebrale con tessuto muscolare. Dagli esperimenti che ha eseguito ritiene che il muscolo sia bene indicato per il piombaggio e che in massima è ben tollerato. L'autotrapianto determina lesioni di lieve entità nel tessuto ospite, l'etero-trapianto alterazioni più gravi sì da dover preferirsi il primo. Ha tentato anche di riparare dal tessuto muscolare i principi che determinano l'emostasi ottenendo estratti molto attivi.

D'Agata (Messina). — Ricorda esperienze in corso di esecuzione di Melina che confermano gli studi dell'O.

Valdoni (Roma). — Le ricerche sono importanti perchè oltre a confermare l'azione emostatica rapida e completa del muscolo ne dimostrano nell'impiego in chirurgia cerebrale, l'innocuità per il tessuto nervoso come il caso clinico di Alessandri faceva prevedere.

Vecchi (Piacenza). — *Per la Billroth II.* — Ha ottenuto risultati ottimi dall'impiego sistematico della B. II, giovandosi dell'apparecchio di Depetz per la chiusura del moncone gastrico e di quello del Donati per il moncone duodenale.

TRAVAGLINI (Bari). — *Funzione epato-renale nella chirurgia del fegato e delle vie urinarie.* — Ha associato la prova del rosa bengala, del tasso bilirubinemico, la reazione xanto-proteica alle ricerche sulla funzionalità renale. La prova del rosa bengala si è mostrata utile anche nello studio delle affezioni delle vie urinarie. Nelle alterazioni del fegato si rinviene frequentemente una alterazione della funzionalità renale.

ANZILOTTI (Livorno). — Ricorda le sue ricerche sulla correlazione funzionale tra fegato e rene e accenna alla importanza delle ricerche contemporanee sulla funzione dei due organi.

PANNELLA (Bari). — *La colecistoduodenoanastomosi con tubi di metallo riassorbibile.* — Faceva precedere l'interruzione del coledoco. Intorno al tubo di magnesio ha applicato un lembo di epiploon. Dopo un mese il tubo era scomparso, il nuovo canale funzionava regolarmente e la bile si manteneva sterile.

STEFANINI (Roma). — *Un nuovo metodo di colecistografia rapida.* — Il metodo consiste nel far seguire alla iniezione di tetraiodo una iniezione di rosa bengala. L'immagine radiografica compare già dopo mezz'ora dalla iniezione. Oltre che a rapidità il metodo offre il vantaggio di aprire nuove vie per lo studio della funzione epatica e per la epatografia.

GHIRON V. (Roma). — *Su un nuovo metodo di cura nella cirrosi epatica (anastomosi iliaco-mesenterica).* — In due casi con ascite ha eseguito l'anastomosi della vena iliaca comune con la mesenterica superiore. L'intervento già sperimentato negli animali, ha dato risultati soddisfacenti nei due casi operati da 5 mesi.

RADICE (Napoli). — *Innesti di intestino ileo sul colon ascendente.* — In esperimenti ha visto che l'ansa di ileo interposta può attecchire, mantenersi vitale e inserirsi nella funzionalità del grosso intestino pur conservando le caratteristiche strutturali del tenue.

RIGANO-IRRERA (Messina). — *L'influenza della milza nel processo di guarigione delle ferite cutanee.* — La splenectomia determina un ritardo nella guarigione di ferite cutanee.

MAGGIO (Napoli). — *Ricerche sperimentali sull'azione fibro-sclerosante delle iniezioni endovenose di glicerina.* — La glicerina è il miglior mezzo fleboscIerosante e per l'assenza di tossicità merita di sostituire tutte le altre sostanze in uso.

FIGURELLI (Napoli). — *Alterazioni venose consecutive alle iniezioni di etere.* — L'etere, alla dose di 1 cc. e mezzo è capace di portare ad una obliterazione totale delle vene senza fenomeni tossici quando alla radice dell'arto sia applicato prima e dopo l'iniezione per un'ora circa un laccio elastico.

CILENTO (Napoli). — *Possibile patogenesi dei diverticoli del moncone ureterale dopo nefrectomia.* — Illustra il tipo delle lesioni osservate e ne studia la causa rappresentata da un disturbo distrofico consecutivo al denudamento avventiziale dell'uretere.

MONTANARI (Morciano). — *Trattamento di fistola vescico-vaginale associata a distruzione del canale uretrale. Processo di ricostruzione di detto canale.* — La plastica è stata fatta a spese della parete vaginale anteriore. La guarigione anatomica e funzionale è perfetta.

DE GAETANO (Napoli). — *Tecnica per la cura chirurgica delle forme gravi di oleo-fibrosi degli arti (autolesionisti).* — Ha ottenuto la guarigione con l'asportazione in blocco di tessuti infiltrati e sclerosati dissecandoli dalla pelle e dall'aponeurosi con un procedimento analogo a quello usato per l'elefantiasi. Guarigione.

SERRA (Bologna). — *La cura delle fratture del collo del femore con il metodo di Margary. 11 casi.* — Illustra i vantaggi del metodo e i risultati anatomici e funzionali perfetti ottenuti.

MASELLI (Bari). — *Sull'epifisite deformante tibiale.* — La cartilagine di coniugazione può essere sede di particolari processi di osteomielite attenuata cui sono da riferirsi le alterazioni descritte. La cura fino ad accrescimento ultimato è soltanto incruenta.

MONACO (Napoli). — *L'innesto di tessuto surrenale nel rene.* — L'innesto degenera in circa 20 giorni, spesso con riassorbimento completo e formazione di una cavità cistica. Il connettivo renale reagisce scarsamente.

* * *

Il XXXIX Congresso della Società Italiana di Chirurgia sarà tenuto nel 1932 a Roma sotto la presidenza del prof. ALESSANDRI.

I temi di relazione saranno: *Peritoniti acute; Epatiti croniche comprese le cirrosi* (in comune con la Società di Medicina Interna).

P. VALDONI.

XXXVII Congresso di Medicina Interna.

Bari 18-21 ottobre 1931.

Seduta in comune col XXXVIII Congresso di Chirurgia.

20 ottobre (ore 15).

Presidenti: Proff. D'AMATO - RIGHETTI.

(*Continuazione; vedi num. precedente*).

COMUNICAZIONI INERENTI ALLA RELAZIONE.

CALABRESE (Bologna). — *Pancreatiti emorragiche. Osservazioni personali.* — La diagnosi di pancreatite è difficile; in genere i mezzi diagnostici danno dati di probabilità non di certezza. Nella cura riconosce utile solo l'apertura del legamento gastro-colico; altre manovre sono da evitarsi. Cura quanto più è possibile precoce.

CALZAVARA (Treviso). — *Sul valore della iperglicemia acuta nella diagnosi precoce della necrosi acuta del pancreas.* — Già nel 1924 ha dimostrato sperimentalmente l'importanza dell'iperglicemia con o senza glicosuria nelle necrosi acute del pancreas. L'importanza di questo dato dimostrata da più di 50 autori che in parte cita, lo rende il più sicuro mezzo diagnostico.

VILLATA e BIOLATO (Torino). — *Sul comportamento del B. Coli coltivato su pancreas, in rapporto alla pancreatite sperimentale.* — Il B. Coli non riesce a determinare forme di pancreatite acuta. Sperimentalmente non dimostra una azione patogena per il pancreas nè per via ematogena nè canalicolare, nemmeno se coltivato su tessuto pancreatico.

RUGGERI (Parma). — *L'effetto di sospensioni di leucociti iniettate nel Wirsung.* — Ricerche sperimentali ha ottenuto così costantemente una pancreatite emorragica subacuta attenuata, che crede dovuta alle chinasi leucocitarie che hanno una azione attivatrice sul succo pancreatico.

ZAFFAGNINI (Parma). — *È possibile la produzione sperimentale della pancreatite acuta mediante la introduzione di corpi estranei nel Wirsung?* — Ha cercato di spiegare la patogenesi delle pancreatiti da ascaridiosi. Dimostra come non abbia importanza l'effetto meccanico dell'ascaride ma le lesioni vasali e ghiandolari che produce.

DOCIMO (Parma). — *Attività pancreatica ed alimentazione nel determinismo delle pancreatiti sperimentali da bile.* — Eseguiva iniezioni endocanalicolari di bile ottenendo gli stessi risultati sia in animali a dieta lattea che carnea sia con bile fresca o riscaldata a bagno maria per mez z'ora. Nella dieta lattea assoluta non è dimostrato il presunto maggior valore della lipasi.

TRINCAS (Parma). — *Sulla produzione sperimentale della necrosi acuta del pancreas attraverso la via arteriosa.* — Ha iniettato nel pancreas bile per via arteriosa. Il fenomeno primitivo è quello vascolare cui seguino i fenomeni necrotici. Studiando l'azione necrotizzante della bile in animali a digiuno e dopo il pasto ha visto le maggiori alterazioni pancreatiche in casi in cui bile a digiuno era iniettata nell'arteria pancreatica dopo un pasto.

BERNABEO (Parma). — *Considerazioni clinico-statistiche sulla necrosi acuta del pancreas.* — I dati statistici che riferisce sono inclusi nella relazione.

FORNI (Bologna). — *Le reazioni di Cammidge e di Wohlgemuth nei traumi sperimentali del pancreas.* — La prima reazione è tecnicamente difficile e incostante nei suoi risultati. La seconda è di maggior valore, manca però quando la distruzione della ghiandola è completa. Dal punto di vista clinico è di grande importanza la prognosi delle pancreatiti emorragiche guarite.

MAZZACUVA-SALICI (Genova). — *Ricerche sperimentali sulla funzionalità esterna del pancreas dopo colecistectomia.* — Non hanno rilevato dopo tali esperienze alcuna modificazione fisica o chimico-enzimatica riferibile alla colecistectomia.

GARGANO (Napoli). — *Noduli epiploici di steatonecrosi pancreatica.* — I noduli epiploici nel caso osservato avevano la struttura di tessuto pancreatico necrotizzato. Spiega il rinvenire di noduli pancreatici come un processo di rigenerazione pancreatica avvenuto anteriormente alla malattia. La necrosi acuta ha colpito contemporaneamente il pancreas e i noduli pancreatici epiploici.

CABIGLIO (Trieste). — *Contributo casistico alla pancreatite acuta.* — In un decennio 11 casi di cui 3 operati con diagnosi esatta. Morti 4. L'intervento è consistito nel drenaggio attraverso il legamento gastro-colico. Gli operati stanno bene, uno di essi è affetto da diabete.

DISCUSSIONE DELLA RELAZIONE.

ALESSANDRI (Roma). — È importante rilevare la concordanza a cui sono arrivati i Relatori. Nel caso di una pancreatite acuta non si può fare una diagnosi di certezza però si può sospettarla. Occorre affermare quindi la necessità che in presenza di una determinata sintomatologia, anche se la diagnosi non è fatta, il medico pratico invochi e al più presto l'opera del chirurgo. Nella cura è d'accordo con Tusini.

Nelle pancreatiti croniche la diagnosi è più difficile, però in queste c'è il tempo per le ricerche di laboratorio. Nella cura l'intervento ha sempre una efficacia notevole; in genere è da preferirsi la derivazione della bile indicata tanto nel caso di cancro che di pancreatite indurativa. Diagnosi che è difficile differenziare all'intervento. È contrario ad ogni sorta di traumatismi sulla ghiandola e specialmente a biopsie perchè pericolose e spesso incerte nel loro esito. Fra le operazioni di derivazione della bile è da preferirsi la coledoco-duodenostomia diretta.

GALLI (Torino). — Riferisce sull'importanza della ricerca della diastasi nel siero e nelle orine, della iperglicemia provocata. L'intervento di elezione è la derivazione della bile associando la colecistectomia quando la vescichetta sia alterata.

L. CANNAVÒ (Palermo). — Si permette solo di richiamare l'attenzione su una forma cronicissima di pancreatite che sembra fin qui assai poco studiata: la pancreatite cronica da ulcera duodenale; l'abbondante letteratura, quasi esclusivamente chirurgica che esiste sulle complicazioni pancreatiche dell'ulcera ha trattato infatti esclusivamente o quasi delle forme acute ed acutissime, trascurando queste forme ad andamento torpido e cronicissimo. L'abbondante materiale umano offerto dagli infermi ricoverati nella clinica di Palermo e sopratutto dall'ambulatorio specializzato per diabetici ad essa annesso e creato dal prof. M. Ascoli, ha permesso all'O. di studiare alquanti di questi casi. Si tratta di una intera gamma fenomenologica, per la prevalenza nei singoli casi della sintomatologia diabetica o di quella propria dell'ulcus, ma in tutti i casi lo schema sintomatologico può essere così riassunto:

1) Fenomeni riferibili all'ulcera peptica, spesso conclamati, che risalgono quasi sempre a vari anni. Talora, come avviene sopratutto nelle ulcere duodenali, la sintomatologia è poco chiara o l'ulcera è addirittura latente.

2) Fenomenologia diabetica che, nei casi lievi si limita ad una modica glicosuria, per lo più scoperta occasionalmente, ma in altri casi è invece nettamente conclamata, con poliuria, polidipsia, dimagramento, iperglicemia di notevole grado, glicosuria, chetonemia, chetonuria.

3) Presenza quasi sempre accertabile solo dopo ricerche accurate, di disturbi della secrezione pancreatica esterna, particolarmente per quel che riguarda la digestione dei grassi e che si rivela con un indice di Zoja abnormemente elevato.

4) Presenza frequente all'esame radiografico, di quei segni recentemente messi in luce da Epifanio: stenosi sopramesocolica del duodeno e mesocolite trasversa.

Estendendo poi le sue ricerche ad un discreto numero di infermi di ulcera gastrica e duodenale, degenti nella Clinica, ha potuto osservare che, sopratutto nelle ulcere a sede iuxtapilorica, in quelle duodenali e in quelle digiunali postgastroenterostomiche, tali segni sono spesso evidenti e si rivelano ad una attenta osservazione con un tasso glicemico a digiuno abnormemente elevato, una risposta diabetiforme della curva gli-

cemica da somministrazione di glucosio, dei disturbi, non gravi, della digestione dei grassi, rilevabili in particolar modo con l'esame delle feci (indice di Zoja patologicamente elevato).

CAPPELLI (Ancona). — Risultati buoni nelle pancreatiti acute si possono avere solo con interventi precoci. Nelle forme croniche la diagnosi operatoria è molto difficile; processi infiammatori peripancreatici, adenopatie ecc. mentiscono il reperto. È da tener conto anche delle variazioni nei rapporti anatomici tra coledoco e pancreas. Nella cura è d'accordo coi relatori.

L. PRETI (Parma). — La diagnosi diretta della necrosi pancreatica e della pancreatite in genere sia acute che croniche è sempre stata come lo è tutt'ora quanto mai ardua.

Nelle necrosi pancreatiche generalmente non si ha il tempo di usare dei sussidi del laboratorio, nelle pancreatiti acute e croniche i sussidi di laboratorio possono servire soltanto e quando la ghiandola è compromessa nella sua totalità perchè basta una piccola zona indenne per snaturare tutte le nostre reazioni, specialmente quando queste si basano su intensità di fenomeni fermentativi.

Per quanto riguarda la patogenesi secondo il modo di vedere dell'O. varia a seconda della necrosi pancreatica o della pancreatite acuta. Nelle prime deve giuocare in sommo grado un fenomeno vascolare — trombo od embolo — nelle pancreatiti acute deve trattarsi di una flogosi ivi arrivata o per via ematica o linfatica o di propagazione.

Domanda poi ai chirurgi come intervengono nella pancreatite cronica perchè da alcuni si parla di guarigione.

MAROGNA (Sassari). — Non è possibile fare sempre una diagnosi operatoria esatta di pancreatite cronica e cita a questo proposito un caso molto interessante. Con il termine di pancreatite cronica classifichiamo talvolta formazioni che non hanno nulla da vedere con il pancreas.

G. IZAR (Messina). — Non sa se lodare più la franchezza del prof. Tusini o la sapiente perizia del prof. Gasbarrini nel raccogliere tutte le minuzie degli esami di laboratorio.

Il prof. Gasbarrini, a conclusione della sua relazione, afferma in concreto che tutte le pancreatiti acutissime, acute e croniche sono di spettanza chirurgica, limitando l'opera medica alla sola pancreatite di natura luetica. La questione sembra all'O. relativamente importante perchè si confonde con quella del diabete luetico, che secondo alcuni Autori francesi sarebbe tanto frequente da raggiungere la paradossale percentuale del 78 % di tutte le forme diabetiche. Cifre paradossali, se nella modesta statistica dell'O. di oltre 2000 casi di diabete, il diabete luetico, o per essere nel tema la pancreatite luetica con diabete, figura invece nella modesta somma di due soli casi.

Stabilito che la pancreatite luetica può essere causa di diabete e concessa questa alla cura medica, importa ora non già di precisare la terapia che si confonde con quella di tutte le altre manifestazioni luetiche parenchimali, ma, fatto più importante, di precisare come si diagnostica questa lesione luetica del pancreas. Il relatore sotto questo riguardo non ha creduto opportuno di insistere, mentre sarebbe stato forse interessante l'illustrazione dei mezzi diagnostici atti a suffragare una diagnosi di natura che ha tanta importanza per noi medici se appunto è questa la sola che vien lasciata alle nostre competenze. Si può ritenere che in tutti i casi dove esiste nell'anamnestico una ulcera pregressa, diagnosticata o no come luetica, oppure in tutti i soggetti dove si riscontri una adenopatia cronica con lesioni aortiche o manifestazioni a carico di altri parenchimi o del tessuto osseo a carattere specifico e nei quali coesista un diabete, l'insorgenza della sindrome di insufficienza pancreatica sia strettamente legata ad una lesione sclerotica o sclero-gommosa del pancreas di natura luetica? Gli autori francesi, amanti della semplicità, affermano che in questi soggetti e in tutti quei casi nei quali si sospetti la natura luetica dell'affezione, affermata o no dall'esito di una R. W., la soluzione del problema eziologico sia semplice: eseguire una cura antiluetica senza per altro instituire il parallelo alcuna terapia dietetica o sostitutiva del diabete stesso: se la sindrome diabetica migliora si tratta di una pancreatite luetica con diabete: se non migliora o peggiora si deve escludere l'eziologia spirochetica.

Il sistema oltre che semplicista sembra all'O. pericoloso alla stregua delle odierne conoscenze sull'importanza che una opportuna cura dietetica e sostitutiva spiega sulla evoluzione della lesione insulare. Ma a questo proposito amerebbe sentire il parere del Relatore.

Ha detto che ha ammirato la franca esposizione del prof. Tusini: l'illustre Maestro ha dimostrato tutto il valore della verità di fronte al danno immenso di una falsa speranza. Si augura però, dopo le concordi affermazioni dell'importanza che hanno le lesioni di organi viciniori nella etiopatogenesi delle pancreatiti, che d'ora innanzi venga più curata in questi casi l'analisi biologica della funzionalità del pancreas allo scopo di sopperire con una possibile tempestiva terapia preventiva alle deficienze della terapia chirurgica diretta sul pancreas.

SOLIERI (Forlì). — Ricorda come già Morgagni abbia illustrato un caso di pancreatite indurativa.

RISPOSTE DEI RELATORI.

GASBARRINI A. (Bologna). — L'O. ringrazia innanzitutto i cari colleghi, che hanno voluto lodare la sua relazione. Ringrazia altresì i proff. Paolucci e Forni per il pregevole contributo che le rispettive Scuole hanno portato allo studio dell'argomento, giungendo a risultati che concordano con quelli dell'O. riferiti nella relazione. Si compiace vivamente di essere nelle conclusioni del lavoro in perfetto accordo col relatore chirurgo prof. Tusini.

I punti sui quali si è aggirata la discussione si riferiscono all'etiopatogenesi ed alla diagnostica delle pancreatiti.

Per quanto si riferisce alla *necrosi acuta del pancreas*, l'O. ribadisce il concetto che, se pure il quadro anatomo-patologico comprende i tre elementi fondamentali: necrosi, emorragia ed infiammazione, non si possa riconoscere fra essi un rapporto costante. È noto, infatti, come, accanto ai casi in cui l'emorragia pancreatica domina per intensità e conferisce al quadro anatomo-patologico un aspetto singolare, altri se ne osservano, in cui i fenomeni emorragici figurano entro confini assai modesti e sproporzionati ai fenomeni necrotici. Le denominazioni, quindi, che mirano a dar valore all'emorragia, possono servire soltan-

to a segnalare un sintoma, peraltro assai frequente, ma variabile nella sua intensità. D'altra parte, emorragie anche diffuse nel parenchima possono non accompagnarsi a segni di necrosi: ciò significa che occorre solitamente l'intervento di altri momenti per spiegare la sindrome quale si osserva nell'uomo. L'O. fa rilevare che, contrariamente alle osservazioni dello Zöppfel, già nella fase di edema acuto si possono riscontrare evidenti lesioni parenchimali, il che induce a concludere che la prima manifestazione del processo morboso consiste nella necrosi degli elementi cellulari, che vengono a contatto col liquido iniettato. Successivamente, all'azione del tossico si aggiunge quella digestiva del tripsinogeno attivato dai prodotti di lisi dei tessuti, e dopo poche ore, le emorragie inter- ed intralobulari riducono il pancreas ad una poltiglia nerastra e diffluente. Lo sviluppo, dunque, delle emorragie è sempre secondario allo stabilirsi delle lesioni cellulari e della diffusione intrapancreatica dei fermenti.

Quanto all'etiologia, la calcolosi biliare rappresenta senza dubbio la causa più frequente della necrosi acuta del pancreas; il reflusso di bile può essere invocato in alcune osservazioni. A tale proposito l'O. insiste sulla necessità, perchè tale reflusso sia possibile, di una lesione anatomica o funzionale della papilla e della porzione intraparietale del condotto wirsunghiano, opponendovisi allo stato normale, un sistema di chiusura valvolare operato sia dall'obliquità del decorso del tratto intraparietale del Wirsung, sia dalla tonicità dello sfintere di Oddi. Ricerche condotte dal dott. Viviani consentono di concludere che il reflusso spontaneo di contenuto duodenale nel Wirsung, anche quando nel duodeno si provochi un notevole aumento di pressione, superiore a quella di secrezione del pancreas e del fegato, non sia possibile nel vivo. Le ulceri gastriche o duodenali danno luogo ordinariamente a pancreatite cronica, più che a necrosi acuta del pancreas. Un sintoma importante di orientamento diagnostico è senza dubbio il dolore violento, brutale, continuo, nonchè la sua sede epigastrica con diffusione verso l'ipocondrio sinistro o la spalla sinistra; altri segni di non minore valore diagnostico sono, secondo l'O., rappresentati dalla mancanza di solito all'inizio, della tipica contrattura di difesa delle pareti addominali e dal comportamento del polso, buono per validità e per frequenza. Delle prove funzionali acquista, secondo l'O. importante valore diagnostico l'aumento pronto ed intenso del fermento diastasico, sopratutto nel sangue. Le anomalie, invece, del ricambio zuccherino, non costituiscono, nella necrosi da bile, un sintoma costante, sfruttabile per la diagnosi: così non sempre fu possibile osservare una iperglicemia notevole senza glicosuria. Infine, nessun sussidio diagnostico si può trarre dalle prove digestive, non essendo praticamente applicabili ai pazienti con necrosi acuta del pancreas.

Per quanto riguarda la *pancreatite cronica*, l'elemento etiologico più frequente è rappresentato, al pari di quella acuta, dalle affezioni delle vie biliari, particolarmente la colecistite, calcolosa o non. Da uno studio statistico dell'assistente dott. Casanova, compiuto sul materiale autopsico e clinico, osservato in Bologna nell'ultimo decennio, e precisamente su 4236 casi di autopsia, è risultato, a parte la rarità di processi pancreatici acuti e cronici, considerati in blocco (2,17 %), che il fattore etiologico più frequente di pancreatite cronica, è dato dalla colecistite semplice o calcolosa, dalle infiammazioni in genere delle vie biliari e dai processi di cirrosi alcoolica del fegato. Devesi ammettere una vera simpatia patologica fra fegato e pancreas. L'O. ricorda come nel decorso della pancreatite cronica sussista la possibilità di episodii acuti nell'insorgenza di zone di necrosi o di steatonecrosi.

Quanto alla diagnosi è d'accordo col collega Tusini nel ritenere che essa offre molte difficoltà e spesso anzi si scopre solo durante un atto operatorio sul fegato, sulle vie biliari, sul tubo digerente, od addirittura al tavolo anatomico. L'O. vorrebbe che la palpazione bimanuale del ventre per l'eventuale apprezzamento del tumore pancreatico peraltro assai raro, fosse praticato con le norme fissate dal Riva fin dal 1887. Si tenga conto per la diagnosi, dei caratteri delle manifestazioni dolorose, per quanto riguarda la loro sede e le modalità di diffusione ed insorgenza.

Quanto poi al criterio funzionale, i disturbi di tipo digestivo sono assai frequenti e costituiscono gli elementi più sicuri di diagnosi: hanno valore fondamentale, secondo l'O. la steatorrea e lo studio della formula di Zoja. Conviene col collega Tusini nel ritenere che, mentre la cura della necrosi acuta del pancreas sia esclusivamente chirurgica, quella della pancreatite cronica sia in parte anche medica e risponda a norme dietetiche ed a tentativi di terapia sostitutiva, che devono essere in ogni caso scrupolosamente applicati.

Tusini (Genova). — Dalle statistiche risulta che su circa 400 casi guariti senza operazioni si sono avute solo 12 recidive. All'osservazione che non si può curare la pancreatite cronica osserva come ciò sia vero nel senso stretto, il chirurgo però cerca di togliere la causa della pancreatite e con ciò di arrestare il processo. Se il pancreas è ridotto a connettivo è naturale che non si possa ridargli una vitalità In ogni modo è da tener conto che ci sono fenomeni di rigenerazione pancreatica che egli stesso ha potuto constatare con sicurezza in un caso. (*Continua*).

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Diabete insipido traumatico

per il dott. COSIMO GAZZARRINI,
medico condotto a Rio nell'Elba (Livorno).

Il diabete traumatico (insipido o zuccherino) è entrato da molti anni nel campo della patologia medica. Da quando il Fischer pubblicò la prima memoria in proposito, la letteratura è andata via via arricchendosi di nuovi casi, ed oggi l'unica controversia non sta nell'ammetterne o no l'esistenza, ma solo nella sua precisa patogenesi. Mi è capitato all'osservazione un caso tipico di diabete insipido traumatico che ho potuto seguire nella sua evoluzione per un periodo di sei anni e che credo interessante oltrechè dal punto di vista clinico anche da quello infortunistico. Ecco intanto la storia clinica:

P. Arcangelo, di anni 12, da Sassetta (Livorno).

Genitori viventi e sani, ha una sorella pure vivente che in tenera età ha sofferto di un leggero attacco di paralisi infantile. Nessun altro particolare nei discendenti e collaterali e nessuna malattia degna di nota ha avuto il ragazzo ad eccezione dei comuni esantemi; fino all'età di 12 anni è cresciuto in pieno benessere. Nel luglio 1925 passando un camion attraverso il paese ed a velocità ridotta, varii ragazzi vi si aggrapparono dietro e fra questi vi si trovava il P. A. che ad un certo momento fu investito dalla ruota posteriore del camion e gettato nella strada tramortito. Raccolto e trasportato all'ambulatorio gli riscontrai le seguenti lesioni:

« Ampia ferita da strappamento alla faccia antero-laterale della coscia sinistra 1/3 inferiore, prolungantesi al 1/3 superiore della gamba: è scoperta l'aponevrosi muscolare e la capsula del ginocchio; vasta ferita da strappamento alla faccia antero-laterale della coscia destra 1/3 medio ».

Tutte e due le ferite sono imbrattate di terra che detergo come meglio posso, pratico una iniezione di siero antitetanico ed invio il ferito d'urgenza all'ospedale di Campiglia M. Dopo quattro mesi di degenza in ospedale e quattro mesi di cura ambulatoria il P. guarisce definitivamente delle ferite: non rimane che una certa rigidità articolare del ginocchio sinistro dovuta in parte alla tensione della sovrastante cicatrice.

Già durante la degenza in ospedale il ragazzo aveva notato che orinava molto più del solito ed era colpito da sete intensa; non vi dette importanza attribuendo ciò al suo stato di ferito grave, ma col guarire delle ferite non cessando il disturbo dal lato orinario nè le forze ritornando, la madre del ragazzo si decise ad interrogarmi in proposito. Il P. orinava da 8-10 litri nelle 24 ore ed anche più se soddisfaceva l'intensa sete da cui era colto giorno e notte, emetteva un'orina chiarissima, acquosa, con basso peso specifico (1002), cloruri scarsi, zucchero ed albumina assenti; fisicamente era denutrito ed accusava una profonda astenia. In base al reperto dell'orina ed ai rilievi obbiettivi posi la diagnosi di diabete insipido post-traumatico. Praticai una serie d'iniezioni di Pituitrina (Ist. Siero-Ter. Mil.) che non modificarono per nulla la sindrome in atto. Inviato il ragazzo ad un esame radiologico questi non mise in evidenza nessuna anomalia della base del cranio.

Allontanatomi, per ragioni professionali, dal paese di domicilio del soggetto della presente nota, ho potuto rivederlo a 6 anni di distanza dal trauma subìto, visitarlo dettagliatamente e prenderne la fotografia qui riprodotta.

FIG. 1.

Il giovanetto, che ora ha 18 anni, fa subito l'impressione di un soggetto non ancora sviluppato: ha l'espressione del volto sul tipo infantile, faccia glabra, rara peluria alla regione pubica con scroto non completamente disceso, è denutrito, scarso pannicolo adiposo, orina e beve sempre molto ed emette un'orina a basso peso specifico (1002), acquosa, senza zucchero ed albumina; soffre molto il freddo, alvo stitico; persiste ancora una profonda astenia tanto da dover desistere da lavori leggeri ai quali aveva provato dedicarsi; ha praticato altre cure a base di estratto ipofisario e cure ricostituenti arsenicali senza alcun giovamento; perciò i fatti clinici ed i rilievi somatici sono oggi presso a poco quelli di 6 anni fa.

Ed ora alcune considerazioni sul caso illustrato.

Il diabete insipido traumatico è assai raro; Gerhardt ne calcola la frequenza nella proporzione del 0,048%, Eichhorst del 0,02%, in confronto del diabete mellito traumatico l'insipido è più frequente. I mestieri nei quali più facilmente si verifica sono quelli esercitati da muratori, copritori di tetti, montanari, fonditori, ferrovieri. La caduta dall'alto, i gravi traumi cefalici sono le cause più frequentemente incriminate, più raramente è stato osservato nelle lesioni di altre parti del corpo (regione lombare, dorsale ecc.). A determinarlo non è necessaria la frattura delle ossa craniche o la commozione cerebrale. La sindrome clinica compare in generale nei primi giorni che seguono l'accidente e si caratterizza per la polidipsia e la poliuria. Nella maggioranza dei casi, in un periodo di tempo più o meno lungo, si raggiunge la guarigione, ma ben si comprende che il decorso successivo dipende dall'entità della lesione encefalica: accanto a forme che in poco tempo guariscono ve ne sono di quelle che cronicizzano ed in queste forme alcune influiscono ben poco sullo stato generale, altre invece portano ad uno stato di cachessia profonda con assoluta incapacità lavorativa, con sindromi morbose che denotano insufficienza ipofisaria (infantilismo-distrofia adiposo-genitale). Quando la forma diabetica (insipida o mellita) si sviluppa in operai traumatizzati è necessario stabilire, agli effetti di un'assicurazione infortunistica, la correlazione che il trauma ha con la forma diabetica, perciò il perito chiamato a pronunciarsi in proposito dovrà accertare:

1°) se il traumatismo ha determinato il diabete in un individuo precedentemente sano.

2°) se il traumatismo ha rivelato un diabete ignorato da soggetto o da questi dissimulato.

3°) se il traumatismo ha aggravato il diabete o se le lesioni traumatiche sono state aggravate dal diabete preesistente.

Per poter affermare che la forma diabetica dipenda esclusivamente dal trauma è necessario che il trauma abbia agito con una certa violenza, e che la forma diabetica sia di una certa durata e non si tratti di una poliuria o glicosuria semplice emotiva.

Per la stretta dipendenza di successione fra il presentarsi dei primi sintomi di diabete insipido ed il grave traumatismo subìto è fuori dubbio che nel soggetto illustrato la forma morbosa dipende esclusivamente dal trauma che ha anche agito con una modalità d'eccezione fra le più comuni sviluppanti la sindrome e cioè colpendo agli arti inferiori, cioè lontano dalla regione cefalica.

Nella *patogenesi* del diabete insipido traumatico entra sempre in campo la funzione ipofisaria: in base alle odierne conoscenze possiamo affermare che in qualunque parte del corpo avvenga il trauma a produrre la sindrome è necessaria una lesione od una grave perturbazione del centro che presiede alla diuresi e che le conoscenze attuali localizzano nel mesencefalo o della ghiandola ipofisi che col suo increto influenza tale centro nervoso regolatore del ricambio idro-salino. La patogenesi precisa però è ancora molto oscura nonostante le numerose ricerche sperimentali, cliniche, farmacologiche di questi ultimi anni. Sta di fatto che di fronte agli autori che affermano la natura ipofisaria di tale forma morbosa, ve ne sono altri che sostengono che per insorgere il diabete insipido non occorre la lesione dell'ipofisi, bastando una minima lesione anatomica mesencefalica, altri infine sostengono un'origine prettamente renale della sindrome, attribuendola ad una minorata capacità di concentrazione del rene.

Certamente l'ipofisi col suo secreto entra in giuoco nel ricambio idrico; troppi fatti ormai noti provano questa sua azione; è piuttosto il suo preciso meccanismo che rimane ancora oscuro. Molitor e Pick sono riusciti a dimostrare che il secreto ipofisario e più precisamente quello della parte infundibolo-tuberiana ha un'azione inibitrice sulla diuresi, non agendo direttamente sul rene, ma nei tessuti aumentandone la pressione oncotica e quindi la proprietà di assorbimento. Leindörfer ha poi dimostrato che l'azione di questo ormone ipofisario inibitore della diuresi esplicherebbe maggiormente la sua azione se inoculato per via rachidea, ciò che farebbe pensare all'esistenza di un centro regolatore della diuresi e sul quale agirebbe direttamente l'ormone ipofisario. Perciò la patogenesi del diabete insipido con questi fatti sperimentali verrebbe spiegata come un disquilibrio increto-nervoso idro-regolatore.

Terapeuticamente bisogna indirizzare ogni nostra cura per riportare al normale l'eliminazione idrica. Una volta dimostrata la funzione incretogena inibitrice della diuresi di una parte della ipofisi, dovrà somministrarsi quest'ormone ipofisario, che in taluni casi ha sortito esito buono, in altri come in quello illustrato, non ha dato alcun apprezzabile effetto.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di diabete insipido sviluppatosi in un ragazzo dodicenne dopo un grave trauma agli arti inferiori, e ne discute la patogenesi.

Aprile 1931.

LETTERATURA.

GUERRICCHIO. *Diabete insipido d'origine traumatica.* Rif. Med., 1928, n. 28.

KLEEBLATT F. *Diabetes insipidus nach Schadelverletzung.* Medizin. Klinik, 1915, 33.

LUX. *Diabetes insipidus nach Kopftrauma.* Inaug. Dissert., Leipzig, 1910.

FORGUE E. et JEANBRAU E. *Guide pratique du médecin dans les accidents du travail.* Paris, Masson et C., 1909, p. 161.

OLLIVE G. et LE MEIGNEN. *Traité médico-légale des accidents du travail.* Paris, Baillière et fils, 1914, p. 209.

BORRI L., CEVIDALLI A., LEONCINI F. *Trattato di Medicina legale.* Milano, F.lli Vallardi, 1924, vol. II, pag. 398.

CARDARELLI A. *Lezioni di Clinica Medica*, vol. III. pag. 242.

PENDE N. *Le debolezze di costituzione*, vol. I, pagina 127.

FERRANNINI. *Contributo allo studio clinico del diabete insipido traumatico.* Arch. di Pat. e Clin. Med., gennaio 1927.

DE GREGORIO C. *Sindromi ipofisarie.* Soc. An. Tipografia « Pliniana », 1924.

BAYER G. *Incretologia ed incretoterapia.* Ist. Sier. Milan., 1930.

BACHRACH R. *Incretologia ed incretoterapia.* Ibid., 1929.

BORRI. Sperimentale, 1887.

VILLA L. Comunicazione alla Soc. Medico-Chir. di Pavia, Policl., Sez. Prat., 1924.

LUZZATO. Comunicazione all'Acc. di Scienze Mediche di Ferrara. Ibid., 1928.

CASISTICA.

L'importanza della calcolosi biliare nelle affezioni acute del pancreas e mezzi di diagnosi.

F. Bernhard (*Dsch. z. f. Chir.*, vol. 230, 1931) ha raccolto 17 casi di lesioni acute del pancreas curate nella Clinica di Giessen.

Nella quasi totalità esisteva calcolosi biliare: talvolta si trattava di calcoli piccoli che facilmente potevano sfuggire ad un esame superficiale, tal'altra di fatti di pericolecistite.

Oltre questa conferma di nozioni già note l'A. ha potuto notare come è possibile differenziare la pancreatite acuta emorragica dall'edema semplice pancreatico, dall'esame dei fermenti dell'urina che nell'edema sono scarsi e talvolta assenti, dalla glicosuria che nell'edema manca mentre nella pancreatite emorragica è sempre presente. Tale diagnosi differenziale è importante perchè mentre nell'edema pancreatico l'intervento è sempre indicato e generalmente a esito favorevole, nella pancreatite emorragica spesso è necessaria l'astensione e comunque la maggior prudenza.

V. GHIRON.

Allergia delle vie biliari.

Regueiro López (*La Medicina Ibera*, 22 agosto 1931) riporta vari casi clinici di notevole interesse che dimostrano secondo il suo giudizio la reazione violentemente dolorosa delle vie biliari estraepatiche essere, in molti casi provocata da uno stato di ipersensibilità o di allergia locale.

Egli ammette che la cistifellea possa venire sensibilizzata per opera di speciali allergeni che la convertono in un terreno da choc con esaltazione della sua motilità, e squilibrio del suo ritmo funzionale. D'altro canto la vescica biliare può convertirsi in un focolaio di sostanze sensibilizzanti che possono dare delle manifestazioni dolorose locali (tipo colica epatica); o fatti allergici a distanza, tra i quali enumera: l'itterizia allergica, l'urticaria, l'edema di Quincke, e vari stati di nausea ecc.

Dell'argomento si occuparono con piccole varianti Kugelmann, Parturier, Fournier, Rocca, Manastier, Schur, Kämmerer e Chiroy, che però pensarono piuttosto a fatti di anafilassi.

Le sostanze allergiche in causa sarebbero quasi sempre di natura albuminoidea, e pertanto capaci di provocare formazione di anticorpi.

Interessanti sono i fenomeni allergici a tipo generalizzato, come l'itterizia, la orticaria, ecc. La partecipazione etiologica della vescica biliare a questi processi sarebbe così importante che H. Schur di Vienna consiglia la estirpazione della cistifellea nei casi di orticaria ribelle alle cure comuni.

La cura deve essere desensibilizzante, specifica se si rintraccia la specificità dell'allergene in atto. In ogni caso come primo tentativo si istituirà un medicamento antialbuminoideo associato a un trattamento antichoc.

L. TONELLI.

Volvulo della vescicola biliare.

Il volvulo della vescicola biliare, paragonabile al volvulo di altri organi addominali per il suo meccanismo, i suoi segni clinici e per le sue conseguenze anatomiche, è nonpertanto meno conosciuto a cagione della sua rarità. È anche diagnosticato eccezionalmente e si presenta abitualmente come una sorpresa operatoria, alla quale è bene essere preparati per opporre il solo intervento logico ed efficace: la colecistectomia.

P. Brocq (*Presse Méd.*, 4 luglio 1931) riportando un caso di recente osservato, osserva che i segni fisici, se si ha la fortuna di osservare il malato nelle prime ore, quando le condizioni cliniche permettono di sentire la vescicola biliare, permettono di pensare al volvulo. La percezione di un tumore fortemente teso, molto doloroso, mobile con i movimenti respiratori del fegato, in una donna

di tarda età che presenta crisi dolorose intermittenti, molto violente, poco modificate dalla morfina, e vomiti incessanti, costituisce un fenomeno assai speciale che permette di pensare al volvulo della vescicola.

L'operazione, che s'impone, ha quasi sempre condotto alla scoperta di una grossa vescicola nera, torta sul suo peduncolo cistico. Perchè il volvulo si produca, occorrono due condizioni: un meso-cisti completo ed una grossa vescicola flottante. È quindi naturale che il volvulo sia più frequente in donne fra i 60 e i 75 anni, nelle quali l'età, il dimagramento, la ptosi addominale hanno favorito la distensione dell'organo per incurvamento cistico e consecutivo allungamento del suo meso anormale. C. TOSCANO.

Angiomi cutanei ed epatiti sclerose.

M. Favre e J. R. Monnier (*Journ. de Méd. de Lyon*, 20 maggio 1931) richiamano l'attenzione sulle relazioni che essi hanno osservato fra epatiti sclerose ed alcune modificazioni dei capillari cutanei.

Queste modificazioni si osservano d'ordinario nei capillari della faccia. La più comune è caratterizzata dalla formazione di una rete più o meno estesa di vasi superficiali flessuosi e molto appariscenti. Queste varicosità capillari sono note da molto tempo. Sono state segnalate in soggetti alcoolisti, senza stabilire espressamente le loro relazioni con alterazioni latenti del fegato.

Molto meno nota è la comparsa di vere formazioni angiomatose in relazione con epatiti sclerose. Gli AA. ne riportano 4 osservazioni. Gli angiomi da loro osservati sono stati sia angiomi maculosi circoscritti o largamente estesi, sia angiomi stellari o reticolari. È da prevedere che l'osservazione accurata dei malati affetti da epatiti sclerose, e senza dubbio anche di altre affezioni epatiche, dimostrerà che molti altri tipi di alterazioni capillari possono essere osservati.

C. TOSCANO.

TERAPIA.

L'emanazione di radium in terapia.

W. Engelmann (*Fortschritte der Therapie*, H. 9, maggio 1931) rileva che l'attivazione dell'aria, l'attivazione dell'acqua da parte della emanazione del radium; le ricerche biologiche e cliniche praticate a proposito della emanazione, le modificazioni chimiche, fisiche, elettriche, biologiche che ormai sono state dimostrate sotto l'azione della emanazione fanno sì che la cura coll'emanazione del radium sia tutt'altro che empirica ed è giusto che debba trovar il suo posto nella medicina interna. L'emanazione del radium (Radon nel termine scientifico) è un gas e quindi esso anzitutto può essere inalato e attraverso i polmoni può entrare in circolo. A tale proposito sono stati costruiti degli speciali emanatori: l'emanazione può essere impiegata per la radioattivazione dell'acqua e la cura può essere pertanto fatta anche a mezzo di bevande. Così possono essere fatti bagni radioattivi; e in commercio sono messe oggi delle speciali compresse per mezzo delle quali ci si può preparare non solo l'acqua per il bagno ma anche l'acqua per la cura di bibite.

Una delle applicazioni più note della emanazione di radium è la cura della gotta: il ricambio purinico appare notevolmente modificato e la scomparsa dei tofi gottosi rappresenta il risultato spesso precoce della cura. In molte malattie dei nervi specialmente nelle ischialgie e nelle nevralgie del trigemino la cura associata (bagni e bibite o cura coll'emanatorium) può dare notevoli vantaggi: la cura è stata anche introdotta nel parkinsonismo, nella sclerosi multipla ecc.

Molte malattie della pelle si giovano dei bagni radioattivi; psoriasi, ittiosi ecc.; vantaggio hanno dalla cura i disturbi del climaterio, le ipertensioni; poche sono le controindicazioni: malattie renali; emorragie e tendenza alle emorragie; controindicazione relativa l'isteria e l'ipertiroidismo.

Quanto riguarda il dosaggio nelle cure per bibita si possono prendere 3 volte al giorno o, più spesso 1000, 5000, 10.000 fino a 50.000 unità Mache. In genere le acque radioattive per i bagni contengono 3000 unità Mache per litro: ma esistono sorgenti di acque radioattive anche più forti. E. MILANI.

La radiotermia

K. C. De Wald (*Arch. Phys. Ther. Rad.*, marzo 1931) ha descritto un apparecchio basato sull'osservazione di Whitney che gli operai che lavorano nel campo d'azione di un potentissimo radio oscillatore a onde corte hanno un rialzo della temperatura.

Il meccanismo con cui si ha aumento della temperatura non è chiarito. Due possibilità sono: perdita di energia dovuta alla resistenza del corpo alla corrente elettrica che lo attraversa oppure perdita di energia dovuta all'isteresi dielettrica. Ulteriori ricerche dovranno confermare il valore pratico di questo metodo, che sembra destinato a larghe applicazioni terapeutiche e deve perciò fissare subito l'attenzione. R. LUSENA.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulla ripartizione del chinino nell'organismo.

A. A. Kirstner e M. M. Pautscheukow, *Arch. f. Schiffs- u. Trop-Hyg. etc.*, 1931, n. 5) partendo dal concetto che i tessuti hanno il potere di assorbire il chinino, hanno studiato, negli animali di laboratorio e nell'uomo, quanta parte della sostanza è trattenuta da ognuno.

La concentrazione massima di chinino fu così trovata nel cervello, cui seguono i polmoni, la milza, il fegato e, infine, il sangue. Nell'organismo si forma poi un deposito, mentre la quantità esuberante viene distrutta.

Tanto il plasma quanto le emazie mostrano di contenerne, ma nelle seconde se ne trova più che nel primo.

In complesso, la concentrazione negli organi è piuttosto bassa, meno che nel cervello, e non è influenzata dai periodi di somministrazione.

Dopo 3 ore dall'ingestione è dimostrabile l'alcaloide nel sangue, raggiungendovi la concentrazione massima dopo 6. Somministrandolo nei pulmonitici, l'eliminazione viene fatta oltre che con l'urina anche con lo sputo.

M. FABERI.

L'azione del chinino sulla ghiandola tiroide.

Forchheimer fu il primo, nel 1885, a consigliare il chinino negli stati tireotossici. L'uso dell'iodio nella terapia dell'ipertiroidismo non ha soppiantato completamente il chinino.

Il chinino secondo alcuni agisce sul metabolismo, secondo altri no. Mills studiando l'aspetto istologico della tiroide, concluse che il chinino ne deprime l'attività ghiandolare.

L. Bromberg e S. H. Gray (*Endocrinology*, marzo-aprile 1931) studiarono in conigli e cavie l'azione del bromidrato di chinina dopo tiroidectomia incompleta. Nei conigli normali questo medicamento non ha azione sulla tiroide, mentre dopo tiroidectomia incompleta si ha abolizione dell'ipertrofia compensatoria che si ha normalmente non somministrando chinino. Quest'azione del chinino non è stata osservata invece nelle cavie.

Lo studio di 5 casi clinici di gozzo esoftalmico curati col chinino ha dimostrato che questo è inefficace contro la malattia.

R. LUSENA.

VARIA.

Capelli e barbe.

La storia è piena di contraddizioni. Ma se attraverso i tempi e le stirpi, la mente nostra si riporta a quanto fu detto, scritto e ideato a proposito dei capelli e della barba, noteremo subito che nessun attributo umano al pari della chioma e dell'onor del mento attirò la venerazione o il disprezzo dei nostri proavi.

Che gli antichi patriarchi fossero forniti di fluenti barbe non vi ha dubbio. Chi immagina Mosè o Giacobbe dal volto rasato? I Greci e i Romani portavano per contrario le guance e il mento completamente glabri. Sembra che alla dignità senatoriale convenisse una prolissa barba. Ne fa fede il noto episodio di quel senatore Papirio che anticipò di vari secoli la famosa frase pronunziata da Napoleone a proposito della corona di ferro che aveva già cinto la testa di Carlomagno: « Dio me l'ha data: guai a chi la tocca! ».

I Romani avevano antipatia per la calvizie. Guai a chi si metteva in condizione di guardare Caligola di sopra e osservare che aveva la sommità del capo calva!

Più tardi San Girolamo venne a dire che la fronte calva è indizio di sapienza; e venne Sinesio, vescovo di Cirene, a fare l'elogio della calvizie, elogio che il monaco Ubaldo ripetè in versi, dedicandolo a Carlo il Calvo.

Le invasioni barbariche furono contrassegnate dalle lunghe barbe, alla quale caratteristica dovette il suo nome la Lombardia.

La soppressione della barba venne di moda in Francia sotto Luigi XIII e Luigi XIV, i due re che salirono al trono ancora imberbi; ma presero voga le parrucche e con esse l'uso degli unguenti e delle pomate.

Gli unguenti debbono il loro nome al fatto che venivano spalmati con l'unghia del dito pollice, e le pomate al fatto che un tal Pittoni, medico romano, raccomandò di strofinare i capelli con fettine di mele sparse d'un po' di grasso, e combinò poi meglio col frutto e col grasso l'unguento, che dai pomi si chiamò appunto « pomata ».

In Italia si ebbe un po' di tutto, ma il risorgimento fu caratterizzato dalla barba alla Cavour o alla Mazzini e più tardi dalle fedine, tipo Visconti Venosta e Marcòra. Oggi ne abbiamo per tutti i gusti: fra la grande maggioranza dei volti resi ben lisci dalla mattutina « gilette », le belle barbe prolisse, tanto più rispettabili quanto maggiormente associate e crani pelati e lucenti. Il maggior esponente di questo tipo è, come a tutti è noto, l'illustre sen. prof. Davide Giordano.

(Da « Rinascenza Medica », 1° nov. 1931).

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. A. S. da M., abb. n. 4838:

Consulti, MELOGRANI, *Codice sanitario*, Pietrocola ed., Napoli. L'ultima edizione è, credo, del 1922. Per le disposizioni più recenti, consulti la « *Raccolta di leggi sanitarie* » edita dalla Casa ed. Pirola di Milano.

fil.

All'abb. n. 5483:

Il concorso per 15 Allievi Ispettori medici nelle Ferrovie dello Stato è stato espletato nello scorso anno ed è da ritenersi che per alcuni anni non se ne bandiranno altri. Anche di concorsi per Medico Provinciale aggiunto, di cui pure se ne è avuto uno non molto tempo fa, è da ritenersi che, per ora, non se ne abbiano altri (quello attualmente in corso è puramente interno).

fil.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XXIX. - Istruzioni ministeriali e giurisprudenza del Consiglio di Stato circa la facoltà di scelta nei concorsi.

È argomento molto delicato. Deve essere esaminato con pacatezza, evitando risoluzioni eccessive.

Accertata e valutata dalla Commissione la idoneità dei concorrenti, formata la graduatoria di coloro che hanno riportato almeno 27/30, cioè nove punti per ciascuno dei tre commissari, il rappresentante del comune o del consorzio provvede alla nomina, scegliendo uno degli idonei. *Questo è il sistema della legge.* Sinchè non è modificato deve essere osservato.

È anche da rilevare che la facoltà di scelta corrisponde ad un interesse dell'amministrazione. La Commissione accerta la capacità tecnica, sulla base di determinati elementi presuntivi; ma il più idoneo non è sempre il più capace.

Altre qualità personali, altri requisiti sono utili e talvolta necessari. Non si può prescinderne.

Assicurata la capacità, lievi differenze, talvolta imponderabili, non sono decisive, se per altre considerazioni sia da preferire il concorrente graduato in ordine inferiore.

Sin qui non è possibile dissenso teorico.

La facoltà di scelta è però utile se ed in quanto se ne faccia uso legittimo, per cause obbiettive.

Si deve riconoscere che non sono stati infrequenti abusi e deviazioni. Si sono verificati casi deplorevoli. Il Ministero dell'Interno ha cercato un rimedio.

Lodevolissimo lo scopo. La circolare 20 gennaio 1930 n. 20400 è nota: sia nominato il primo graduato, se non risultino motivi legittimi di esclusione.

Avvenne però che, in alcuni casi, nominato uno dei concorrenti per considerazioni relative alle qualità personali di lui e alle attività anteriori, le deliberazioni furono annullate dai Prefetti, i quali, interpetrarono la circolare nel senso che debba essere nominato il primo graduato e soltanto per condizioni negative, in rapporto ad esso, rigorosamente accertate, possa essere scelto il secondo e così di seguito.

Ma il Consiglio di Stato, con più decisioni, ha riaffermato la facoltà di libera scelta. Anzi, in un caso ha ritenuto non necessaria la motivazione.

Il Ministero dell'Interno, con circolare 24 giugno 1931 n. 20400-82926, diretta ai Prefetti, ha insistito nelle precedenti istruzioni, *rafforzandole.*

Ne riportiamo il testo.

« 1) La circostanza che il concorrente, al tempo del concorso, presti servizio interinale è, talvolta, ritenuta dai Podestà un elemento atto a giustificare l'esclusione del primo graduato. Tale preferenza è inammissibile, sia perchè il servizio di « interino », costituendo un titolo professionale, è già valutato dalle Commissioni giudicatrici per stabilire il « merito » dei concorrenti, e non può essere valutato una seconda volta; sia perchè, ove tale preferenza fosse ammessa, potrebbero i Podestà facilmente ottenere la nomina di quel sanitario ch'essi preferiscano, con l'incarico dell'interinato, il che costituirebbe un illegale spostamento di attribuzioni e una grave diminuzione delle garanzie prescritte dalla legge nel publico interesse.

Invece, il servizio d'« interinato » può costituire titolo di preferenza nel caso di *classificazione ex aequo.*

2) Dovendo la Commissione giudicatrice aver già tenuto conto di tutti gli elementi di merito dei singoli concorrenti, l'esclusione del primo graduato può essere giustificata soltanto da particolari e gravi qualità *negative* non vagliate dalla Commissione.

Tali qualità negative possono riferirsi sia alla vita privata o politica sia all'attività professionale del concorrente, ma devono, in ogni caso, risultare concretamente provate.

Inoltre, esse debbono essere valutate in sè stesse, e non in confronto a pretese benemerenze di altri concorrenti, con le quali si è talvolta tentato di giustificare la preterizione del primo graduato; sistema, questo, di cui sono evidenti la fallacia e l'arbitrio.

Soltanto quando consti al Comune dell'esistenza e della gravità delle qualità negative del primo graduato, si potrà scendere alla scelta di altro candidato, seguendo l'ordine della graduatoria.

Comunque, il Podestà, che creda di non nominare il primo graduato, dovrà, *innanzi di adottare la deliberazione di nomina, chiedere autorizzazione* alle LL. EE. che, se riterranno fondata la richiesta del Podestà, la trasmetteranno a questo Ministero col Loro motivato parere.

Ripeto che tale autorizzazione dev'essere ottenuta *prima* di adottare la deliberazione di nomina. È accaduto, infatti, che qualche sanitario, nominato dal Podestà in contrasto con le disposizioni ministeriali, non essendo poi stata la deliberazione ratificata dal Prefetto, abbia ricorso con buon esito al Consiglio di Stato.

È evidente, però, che, nell'ordinamento amministrativo attuale del Regno dopo l'istituzione del Podestà, strettamente dipendente dal Governo, non ha più ragione d'essere quella

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

facoltà di scelta, che, nell'ordinamento anteriore, la legge riconosceva agli enti locali; e, pertanto, mentre si attende la modificazione della legge, la vigilanza dell'autorità governativa e l'obbedienza e la comprensione da parte dei Podestà, devono bastare perchè siano fin d'ora, in pratica, attuati quei criteri di giustizia, che hanno consigliato questo Ministero a diramare le nuove disposizioni. Una volta stabilito che i Podestà sono tenuti *sempre* — salvo il caso eccezionale di cui sopra, pel quale, come si è detto, essi devono, *prima della nomina*, sentire le LL. EE. e questo Ministero — a nominare il primo graduato, s'eviterà che si costituiscano diritti subbiettivi o interessi legittimi a favore di altri che il nominato, e nessuna contestazione potrà sorgere.

Le LL. EE. dovranno far chiaramente comprendere questo ai Podestà; e tutte le volte che essi procedano a nomine in violazione di queste norme, senza autorizzazione, le LL. EE. dovranno considerare tale atto come grave disobbedienza, e sospenderli dalla loro carica, riferendone a questo Ministero, che ne promuoverà la revoca.

Avverto le LL. EE. che tengo molto all'esatta applicazione di queste istruzioni, e ne attendo assicurazione ».

Queste norme di condotta, malgrado lo scopo lodevolissimo, sembrano in parte eccessive. Il potere di nomina appartiene all'organo locale, al Podestà; il Prefetto *approva* l'atto, non lo autorizza preventivamente. L'ordine delle competenze è fondamentale e deve essere rispettato. Se il Podestà fa uso illegittimo del suo potere, il Prefetto ne paralizza l'atto, non approvandolo. L'autorità politica ha anche più efficaci mezzi di repressione. Ma la iniziativa e la responsabilità della deliberazione devono essere lasciate agli organi ai quali appartengono per legge, secondo le rispettive competenze. Il potere di scelta deve essere contenuto e regolato; le deviazioni devono essere represse; in questo senso, l'azione energica del Ministero dell'Interno è anche moralizzatrice. Regolare ma non sopprimere. È da ritenere che il Ministero non voglia questo effetto.

Il Consiglio di Stato ritiene che non sia necessario motivare la scelta, anche quando non sia nominato il primo graduato; questa risoluzione è eccessiva e rende possibile l'arbitrio.

A noi sembra che il contrasto attuale possa risolversi in un indirizzo che, senza modificare un ordinamento tradizionale, corrispondente ad effettive esigenze amministrative, prevenga gli abusi e, in ipotesi, ne renda facile la repressione.

La deliberazione del Podestà sia *motivata*. Il Prefetto, che in molti casi esercita poteri di approvazione e, in altri, di vigilanza giuridica, ha facoltà sufficienti e mezzi idonei per *controllare* la legittimità dei motivi della scelta.

Su questa via sarà tanto più efficace l'alta e continua direzione del Ministero quanto meno saranno modificate le attribuzioni degli organi locali e le corrispondenti responsabilità.

Scegliere, motivando. Se del caso fornire *poi*, a richiesta del Prefetto, più concrete informazioni e spiegazioni, sia pure documentate.

Reprimere gli abusi, se così efficace freno preventivo non sia sufficiente.

I motivi possono essere negativi (esclusione) o positivi a (scelta).

Sembra a noi che anche il servizio anteriormente prestato nello stesso Comune sia valutabile, in quanto ne risultino qualità e requisiti non apprezzabili dalla Commissione, cioè fuori della capacità tecnica. Da questo punto di vista, non vi è duplicazione, come ha più volte riconosciuto la giurisprudenza del Consiglio di Stato.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Osservazioni di indole medica sul progetto di riforma della legge infortuni.

« ..... La critica fatta senza secondi « fini e con un solo fine: quello cioè di « perfezionare incessantemente lo stato « nelle sue amministrazioni è feconda e « deve essere accolta dagli uomini re- « sponsabili — e non infallibili — non « con acrimonia, ma con soddisfazione ».
MUSSOLINI.

Non deve meravigliare se nella discussione di un progetto di riforma della legge infortuni del lavoro interviene un medico. Il problema della assicurazione infortuni è problema economico, giuridico e medico, e le discipline mediche giuridiche ed economiche debbono influenzarsi a vicenda.

E comincio con un consenso per ciò che riguarda la questione della concausa. Lo feci risaltare anche ultimamente al congresso internazionale di Ginevra dicendo che la relazione ministeriale teneva conto del danno che realmente reca l'infortunio anche quando questo danno è maggiore per tare precedenti dell'operaio.

***

« Ciò che si deve risarcire — dice la relazione — è la perdita totale o parziale del salario che non è entità capitale ».

Capitale? Questo così detto capitale non è che l'anticipo di sei annualità di salario. È quindi un capitale per modo di dire, ma si chiama così l'indennità che viene concessa, con la legge attuale, per l'invalidità permanente.

La relazione consiglia di mutar rotta passando dal *forfait* (o capitale) alla rendita. Per essere precisi si dovrebbe dire che la relazione consiglia un sistema misto risarcendo con capitale le invalidità che non oltrepassano il 20-25 per cento.

A questa misura si dovette venire a Trieste ove vigeva la assicurazione Austriaca con il sistema della Rendita e si dovette giungere a tanto perchè altrimenti le controversie per queste invalidità « sarebbero andate avanti eternamente» (1). E ciò si deve ricordare a tutti coloro che vanno cianciando che col sistema della rendita sarebbero fugate le controversie, i dissensi, ecc.

Dopo questa breve parentesi ritorniamo al « salario che non è entità capitale ». D'accordo che il salario non è entità capitale; ma è solo vero apparentemente che ciò che si deve risarcire sia il salario. Fine della assicurazione dovrebbe essere quello di ripristinare per intero lo stato patrimoniale dell'uomo lavoratore infortunato. Perchè quando un operaio perde un occhio, una mano, un braccio, ecc., non perde solo parte del salario che guadagnava, ma perde la fonte che produceva tale salario. Perde insomma il capitale che produceva tale frutto. Ancora. Molte volte la perdita di decimi di vista, di dita di una mano tronca bruscamente la speranza di migliorare la propria carriera di operaio. Un fuochista ad es., per la perdita di decimi di visus, può essere buttato fra gli operai comuni mentre poteva essere domani un buon macchinista.

Ancora. Il salario è il compenso per il lavoro dell'officina, mentre l'operaio, tornato a casa, compie altri lavori che non sono contemplati nel salario. A casa lavora nell'orticello, oppure aiuta la moglie a fare il bucato, ecc. E allora non è neppure vero che si perda solo il salario, ma perdendo un occhio, una gamba, un braccio si perde in parte la possibilità del lavoro considerato come capitale e come fonte di ricchezza.

Infatti anche volgarmente si dice tutte le risorse, tutte le ricchezze degli operai sono poste nelle loro mani, nei loro occhi, ecc.

Ecco perchè io ho patrocinato in altro lavoro il mantenimento del sistema di indennizzare le invalidità permanenti in capitale perchè si avvicina di più al danno reale dell'operaio. E mi pare che ciò sia più doveroso per un medico il quale, curando infortunati, deve cercare di restituirli alle officine, ai campi abili lavoratori come erano prima dell'infortunio ricostituendo così per intero lo stato patrimoniale dei lavoratori.

***

« Ma l'obbligo di prestazione delle cure, e in genere della necessaria assistenza medica, trae con sè, fatalmente, il corrispondente obbligo dell'infortunato a sottostarvi ».

Questo argomento dell'obbligo per parte dell'operaio a sottoporsi a determinate cure vuole essere circondato da infinite cautele prima di essere approvato anche da chi si è mostrato sempre contrario a tale misura riconoscendo ad ogni individuo il diritto che la propria integrità personale non sia, contro sua volontà, messa in pericolo. Nella relazione è detto « senza danno del paziente » e questo dovrebbe tranquillizzare, ma non è sempre possibile prevedere il danno che si può arrecare ad un paziente con un atto operativo.

Si sono avuti casi di morte per cloroformio in operandi. E si può essere certi che ciò non era stato previsto dai chirurghi.

Ma il rifiuto alla cura esiste? Io devo confessare che in tanti anni di esercizio non mi è mai accaduto che un operaio rifiuti di farsi

(1) Primo convegno med. sociale. Milano, 1928.

curare. E questo mi capitava anche quando ero al principio di questo secolo all'istituto degli infortuni di Milano. E le cure dove vengono eseguite? Il relatore consiglia di affidare agli istituti di assicurazione la gestione dei « servizi sanitari... e l'ordinamento di centri culturali ».

Fino dal 1903 io esprimevo il pensiero che sarebbe stato bene favorire il nascere di sezioni per infortunati presso gli ospedali comuni.

Tali sezioni avrebbero il triplice vantaggio di costar meno sia nella costruzione sia nel funzionamento, di poter essere numerose e dislocate e quindi più vicine agli infortunati, di apparire indipendenti anche agli occhi degli operai.

Del resto quello che ora si va facendo per la tubercolosi può servire di esempio: invece di cercare l'ottimo con costruzioni imponenti, accontentarsi per ora del bene ampliando istituti di beneficenza già esistenti.

Osservando poi il numero degli infortuni industriali non pare possibile che si possano allestire neppure in tempi lontani istituti propri da poter far fronte ad ogni eventualità.

Nell'anno 1928 la Cassa Nazionale ricoverò e fece ricoverare *tremilanovecentosedici* infortunati. Si ebbero in quell'anno 239.000 casi di infortuni fra gli assicurati alla Cassa Nazionale. Si ebbe una media di *43* ricoverati per provincia mentre gli infortunati raggiungevano una media per provincia di 2600.

Non si dice che tutti gli infortunati avessero necessità di essere ricoverati ma la sproporzione è così alta che non abbisogna di commenti.

E le difficoltà divengono anche maggiori quando si pensa che la Cassa Nazionale assicura circa la metà degli operai. Gli infortunati quindi ogni anno raggiungono la cifra che si avvicina a 500.000. Ed a questi sono da aggiungere gli infortuni agricoli.

Per i centri di cultura osservo che in quelle nazioni ove esiste l'insegnamento di infortunistica esso è universitario.

Ma anche da noi esiste in parecchie università un insegnamento per la preparazione di cultori di medicina del lavoro. Lo stato quindi non ha abdicato al diritto di ammaestrare e finora non ha creduto di affidare incarichi ufficiali di insegnamento ad una delle parti interessate.

***

La legge attuale indennizza le inabilità cominciando dal cinque per cento. La relazione propone di portare il minimo di indennizzo dal cinque all'undici per cento.

Si è scritto molto sulle piccole indennità e parecchi scrittori, specie se medici, pensano che sarebbe giusto non restasse senza indennizzo la mutilazione dell'intero anulare, la perdita di due falangi dell'indice sinistro, la perdita di due falangi del medio sia destro che sinistro, ecc.

Che cosa avverrà una volta approvata la modificazione proposta? Avverrà che molte invalidità che con la legge attuale vengono liquidate con l'8, 9, 10 per cento, raggiungeranno non difficilmente l'11 per cento con la legge futura. A molti ciò potrà sembrare strano ma non a chi ha larga esperienza di infortunistica. E siccome la storia ci deve essere maestra, ricordo una statistica del Lattes (1) ove viene riferito che essendo il 16 % il limite minimo di indennizzabilità nella legge infortuni agricoli vigente si verificava che le invalidità dal 16-19 erano più che doppie in confronto di quelle industriali ove il limite minimo di indennizzabilità è del 5 %. Che cosa significa ciò? Vuol dire che le inabilità che sarebbe stato possibile liquidare con il 13-14-15 raggiunsero il 16, perchè questo era il limite minimo.

***

« Il regolamento di esecuzione della prima legge — dice la relazione — sugli infortuni, quella 1898, esplicitamente ammetteva l'ernia infortunio tariffandola al 15 % di inabilità permanente totale; ma tale disposizione fu soppressa nel Regol. Testo Unico del 1904, il che avrebbe dovuto eliminare ogni dubbio su la questione. Ciò non avvenne, poichè come si è detto, ecc. ».

Non è così. Il regol. del 1898 fissava per l'ernia semplice il 10 %; il 15 era riservato all'ernia doppia.

Ancora. Il relatore mostra di ritenere che, con la presente legge, non si debba indennizzare l'ernia da infortunio. È un errore. L'ernia da forza è una vera eccezione; ma se la rara, anzi rarissima eccezionale evenienza si verificasse deve indennizzarsi. Infatti la commissione per il regol. di applicazione della legge del 1903 decideva che « quando l'ernia traumatica possa essere provata, debba per essa farsi luogo all'indennizzo. Non ritenne però necessario che il caso dell'ernia dovesse essere compreso nella esemplificazione dei casi di infortunio » perchè le ernie da forza non sono comuni.

L'altro errore sta nel dire che il regime attuale « per le inabilità temporanee di carattere assoluto... consiste nella corresponsione di metà del salario per tutta la durata della inabilità *stessa fino ad un massimo di 90 giorni* ».

Non è così. L'art. 9 della legge infortuni attuale suona: « Nel caso di inabilità temporanea assoluta l'indennità sarà giornaliera ed uguale a metà del salario che aveva l'operaio al momento dell'infortunio, e dovrà pagarsi *per tutta la durata della inabilità* ».

---

(1) Primo convegno med. sociale. Milano, 1928.

Forse il relatore ha confuso con questa inabilità — che diremo inabilità temporanea pura — con quella inabilità temporanea che si accompagna ad una inabilità permanente. In questi casi solo la indennità per temporanea non può sorpassare le 90 giornate. Anzi le somme pagate eventualmente in più vanno dedotte dalla indennità permanente.

Ho voluto richiamare l'attenzione su queste cose perchè ogni premessa errata porta necessariamente a conseguenze fallaci.

Mi è poi accaduto leggendo la relazione ministeriale di dover notare in più punti che nella mente del relatore le prestazioni sanitarie pesano gravemente sull'operaio infortunato. Noi medici faremmo in questa relazione magra figura se tutti (italiani e forestieri) non sapessero che c'è in ogni paese l'istituto della condotta medica con l'obbligo della cura gratuita ai poveri. Lo stesso obbligo hanno gli ospedali.

Ed anche in quei casi in cui l'infortunato non sia povero ufficialmente (non essendo compreso nell'elenco dei poveri) ma lo sia di fatto, i medici — posso dire tutti i medici condotti o no — non si fanno pagare.

Se poi l'infortunato non è povero allora è un altro conto. Pagherà come pagherebbe se fosse affetto da una malattia non dipendente da infortunio. Ma anche in questi casi il costo delle cure non finisce « quasi per assorbire l'indennizzo in capitale ». E ciò per il buon nome del medico italiano e dell'istituto della condotta medica, istituzione prettamente italiana che non teme confronti.

Dott. GIACOMO DOMENICHINI, lib. doc.

CULTURA SUPERIORE.

Nuove disposizioni per l'istruzione superiore.

Con R. D. L. n. 1227 in data 28 agosto 1931 sono stabilite nuove norme per l'istruzione superiore. Ne riportiamo alcune.

Il trattamento economico della categoria di personale a carico dei vari istituti, salvo per quanto concerne il personale aiuto od assistente, non potrà essere superiore a quello risultante dal R. decreto legge 20 novembre 1930.

Gli statuti delle università e degli istituti superiori di istruzione non possono essere modificati se non siano trascorsi almeno tre anni accademici dalla loro approvazione o dalla loro ultima modificazione, salvo casi di particolare constatata necessità; le deliberazioni dei consigli d'amministrazione universitari, per quanto riguarda atti straordinari, sono soggetti all'approvazione ministeriale.

Con decreto reale promosso dal Ministero per l'Educazione nazionale può essere disposta la soppressione di facoltà, scuole o insegnamenti universitari, oppure la fusione di facoltà o scuole appartenenti alle stesse università.

Alle qualifiche di professore stabile e di professore non stabile, per il professore di istituto di istruzione superiore, sono rispettivamente sostituite le classifiche di professore ordinario e di professore straordinario. Al professore ordinario collocato a riposo può essere conferito il titolo di emerito se ha prestato almeno venti anni di servizio; o di onorario, se ha prestato almeno quindici anni di servizio.

I professori di ruolo possono col loro consenso essere trasferiti a una cattedra della stessa materia o di altra materia, ma il trasferimento è sottoposto a nuove norme. D'altra parte la nomina dei professori straordinari in seguito a concorso può aver luogo, oltre che per la materia messa a concorso, anche per materia che sia parte di quella. In una stessa facoltà possono essere nominati più titolari per uno stesso concorso. Non è dovuta ai professori alcuna indennità di trasferimento a carico del bilancio dello Stato.

I professori di ruolo ed i professori incaricati sono tenuti a prestare giuramento, di cui è stabilita la formula.

Viene costituita una corte di disciplina per giudicare le mancanze dei professori.

Sono approvati emendamenti alle norme relative alla costituzione delle commissioni giudicatrici per le cattedre.

Per conseguire l'abilitazione alla libera docenza i titoli devono essere integrati da una conferenza sui titoli stessi, da una prova didattica ed eventualmente da una prova sperimentale. La Commissione può, in casi particolari, ammettere chi sia sfornito di laurea o diploma o li abbia conseguiti in Istituto straniero. L'abilitazione viene conferita con decreto ministeriale, per 5 anni prorogabili e viene confermata definitivamente su deliberazione della facoltà o scuola ove la docenza viene esercitata.

Per il personale aiuto ed assistente è stabilita la trasferibilità ad altri istituti universitari di materie affini, il passaggio come professori di scuole medie ed in altre carriere, la promovibilità da assistente ad aiuto. Inoltre gli aiuti ed assistenti non possono essere mantenuti in servizio per oltre un decennio, salvo che abbiano conseguito la libera docenza; in nessun caso possono essere mantenuti in servizio oltre il 60° anno di età. Ferma restando questa ultima disposizione, gli aiuti ed assistenti nominati anteriormente al 1° dicembre 1924 cesseranno dal servizio il 1° dicembre 1934, salvo che abbiano conseguito la libera docenza.

Per quanto riguarda gli studenti, viene stabilito che coloro che abbiano compiuto l'intero corso degli studi universitari senza conseguire la laurea o il diploma, o che abbiano interrotti gli studi stessi, qualora intendano esercitare i diritti derivanti dall'iscrizione, sono tenuti a pagare ogni anno all'università o istituto una speciale tassa di lire 100. Coloro i quali, pur avendo adempiuto a tale obbligo, non abbiano per otto anni consecutivi sostenuto esami, debbono rinnovare l'iscrizione ai corsi e ripetere le prove già superate. Gli studenti per essere ammessi a ripetere le prove già sostenute con esito negativo, debbono pagare alla cassa dell'università o istituto una sopratassa di lire 20 per ogni esame di profitto e di lire 50 per l'esame di laurea o diploma o di licenza.

Sono stabilite nuove norme riguardanti le esenzioni dalle tasse; la tassa per le opere delle università o istituti superiori viene portata a lire 250, e ad essa sono soggetti tutti coloro che conseguono l'abilitazione all'insegnamento professionale. È inoltre istituito un contributo speciale per opere sportive ed assistenziali nella misura di lire 25, che tutti gli studenti delle università o degli istituti superiori debbono pagare all'atto della iscrizione a ciascun anno di corso. Il decreto dispone che possono essere ammessi agli esami di Stato solo i candidati che nel corso degli studi abbiano superato gli esami nelle discipline che saranno determinate con norme regolamentari.

Cronaca del movimento professionale.

Congresso e Consiglio del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici.

Nei giorni 22-24 novembre si riuniranno in Roma il Congresso ed il Consiglio del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici per l'elezione delle cariche sociali e per la discussione di importanti problemi di classe.

I colleghi potranno usufruire del ribasso ferroviario del 50 per cento già accordato per Roma in occasione della Mostra Coloniale fino al 22 novembre da ogni stazione ferroviaria del Regno. Il ritorno alle sedi può avvenire entro novembre.

L'ordine del giorno del Congresso reca: Relazione morale e finanziaria; Cassa di Previdenza del Sindacato Nazionale dei Medici; Mutue sanitarie; Specialità medicinali estere ed italiane; Elezioni del segretario del Sindacato, dei membri del Direttorio e dei revisori dei conti da parte del Consiglio Nazionale; Varie.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BORMIDA (*Savona*). — Scad. 31 dic.; L. 8400 e bienni ventesimo, c.-v., L. 599 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

CASALSERUGO (*Padova*). — Scad. 20 nov.; ab. 3300; rivolgersi segreteria.

CUPRAMONTANA (*Ancona*). — Scad. 30 nov.; 2ª cond.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 24 ott.; stip. L. 8500 e 5 quadrienni dec. per 1/4 della popolaz., addizion. L. 3, c.-v., trasp. L. 3000-2000-1000; deduz. 12 %.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Al 31 dicembre, ore 12; aiuto medico; età lim. 35 a.; L. 7050 da decurtarsi del 12 %, oltre c.-v. e altre indennità regolamentari; tassa L. 50 alla Cassa ospitaliera; doc. a 3 mesi dal 1° nov.; nom. e conferma biennali; per le altre condizioni chiedere annunzio. Rivolgersi al Commissario Straordinario.

GIOIOSA MAREA (*Messina*). — Scad. 15 dic.; lire 8000 oltre L. 2000 cavalc. Rivolgersi segreteria comunale.

MONTEGIORGIO (*Ascoli Piceno*). *Congregazione di Carità.* — Chirurgo Direttore del Civico Ospedale Diotallevi. Stipendio L. 12.000 già ridotto del 12 %, lordo delle ritenute di legge; 60 % sul provento degli atti operatori e sul provento dell'ambulatorio. Oltre documenti di rito, richiedesi biennio servizio fatto qualità chirurgo in Ospedali di comuni aventi non meno 4000 abitanti. Età massima anni 40 salvo eccezioni di legge. Domande e documenti debbono pervenire alla Congregazione di Carità, non oltre il 30 nov. 1931.

MORICONE (*Roma*). — Scad. 10 dic.; L. 10.500 decurtato 12 %, oltre L. 352 uff. san., 5 quadrienni dec. ecc.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

PERUGIA. *Sodalizio S. Martino.* — Al 9 dic., ore 13; 4ª zona; età lim. 35 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 24 ott.; stip. L. 7000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 1100 ambulat., L. 600 serv. att., c.-v.; riduz.; serv. entro 15 gg.; rivolgersi Ufficio di segreteria (via Floramonti 6).

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni. Ferrovie dello Stato.* — Medici dei reparti di Campoleone (fraz. del comune di Roma), Sgurgola, Cassino e Magliano Sabino (Roma); a ore 17 del 15 dic. Rivolgersi all'Ispettorato Sanitario di Roma, via Marsala 9.

S. GREGORIO DA SASSOLA (*Roma*). — Scad. 31 gen. 1932, ore 12; L. 10.500; ritenuta 12 %; 5 quadrienni dec.; 1° c.-v. se di diritto; L. 400 uff. san.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 31 ott.

TRIESTE. *Ufficio Municipale d'Igiene.* — Medico dentista per le Scuole comunali. Scad. ore 12 del 22 gen. 1932. Rivolgersi all'Ufficio, via R. Pitteri 2, p. I.

URI (*Sassari*). — Scad. 30 nov.; L. 8360, oltre L. 880 uff. san., L. 880 arm. farm., L. 1320 serv. att., 4 quadrienni dec.; 200 iscritti incirca su 1676 abit.; tassa L. 50,10.

VALLE AGRICOLA (*Benevento*). — Scad. 30 dic.; L. 8000; tassa L. 50,10.

VERONA. *Amministraz. Provinc.* — Scad. 28 nov.; direttore sanitario del Brefotrofio provinc.; lire 16.000 oltre L. 4800 serv. att.; riduz. 12 %; almeno 5 anni direttore o medico prim. in brefotrofio capoluogo di prov.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,05.

CONCORSI A PREMI.

Fondazione Gaetano Mazzoni.

Concorso ad un premio annuale, che consiste nella rendita del capitale di L. 50 mila diminuita delle tasse e delle spese di amministrazione.

Sono ammessi al concorso gli studenti che abbiano seguito regolarmente tutti i corsi della Facoltà di medicina e chirurgia e superate al primo scrutinio le prove per gli esami di profitto e di laurea nella R. Università di Roma.

Il premio sarà aggiudicato, non più tardi del mese di dicembre 1932, da una Commissione di tre professori eletti dalla Facoltà.

Gli studenti che aspirano a questo premio, dovranno indirizzare al Rettore domanda di ammissione al concorso non più tardi delle ore 12 del 31 luglio 1932 (termine perentorio), accompagnata dal certificato comprovante i corsi seguiti e gli esami sostenuti.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il dott. Giuseppe Viana, podestà di Romentino (Novara), è insignito della commenda dell'Ordine della Corona d'Italia.

Il dott. O. Rubbrecht, professore ordinario all'Università di Gand, è incaricato di un corso di ortodontia, in lingua fiamminga.

LITORA ALIENA.

Una missione scientifica italiana nell'America latina.

Abbiamo dato notizie del grande successo che ha accompagnato gli illustri maestri universitari italiani, prof. Arturo Castiglioni dell'Università di Padova e prof. Mario Donati clinico dell'Università di Torino, nel loro viaggio attraverso l'Argentina e il Brasile, compiuto ad iniziativa dell'« Istituto Argentino di Coltura Italica ».

Dai giornali medici e politici dell'Argentina, del Cile e del Brasile, i quali portano lunghissime relazioni dell'opera ivi svolta dagli scienziati italiani, delle accoglienze che furono loro fatte e delle onorificenze tributate dalle Università, dalle Società scientifiche e dalle Autorità, possiamo farci un concetto della grande importanza che questo viaggio ebbe per la propaganda della coltura italiana. Il prof. Castiglioni, del quale sono noti ai nostri lettori gli studi compiuti nel campo della storia della medicina, ha tenuto all'Università di Buenos Aires un ciclo di conferenze storiche che fu accolto con grandissimo favore dal pubblico sempre compatto che vi assistette; a Santiago, a San Paolo, a Rio de Janeiro, lo storico italiano parlò nelle Università e nelle Associazioni mediche trattando vari capitoli di storia della medicina.

Il prof. Mario Donati dopo aver partecipato assieme al prof. Castiglioni alle « Giornate mediche argentine », tenne alcune notevoli conferenze tanto all'Università quanto nelle Società chirurgiche delle varie città nominate, fece lezione altresì nelle Cliniche universitarie parlando diffusamente dei moderni progressi della chirurgia e, per invito dei professori clinici, operò ripetutamente davanti ad un pubblico attento di medici e di studenti.

I giornali italiani dell'America latina, associandosi a quelli nazionali nel tessere l'elogio dei due illustri scienziati, fanno particolarmente rilevare l'importanza che questo viaggio ebbe come mezzo efficacissimo per rendere sempre più vivaci le relazioni culturali fra l'Italia e l'America meridionale. Abbiamo letto con vivo compiacimento come l'Università di Santiago abbia conferito ai proff. Donati e Castiglioni la laurea « *honoris causa* », l'Accademia nazionale di medicina di Buenos Aires li abbia acclamati soci onorari e come altre nomine molto lusinghiere abbiano avuto luogo da parte di altre importanti Associazioni scientifiche.

Noi che abbiamo sempre propugnato nel nostro giornale la necessità di far conoscere all'estero e di far sempre maggiormente apprezzare l'opera dell'Italia nel campo scientifico, non possiamo che rallegrarci sinceramente di questo successo magnifico, augurandosi che la bella iniziativa dell'Istituto italo-argentino e del suo illustre presidente prof. Marotta continui a dare, anche nell'avvenire, risultati così belli e così fecondi.

NOTIZIE DIVERSE.

9° Congresso internazionale di storia della medicina.

Si adunerà a Bucarest nel settembre 1932. Gli uffici del congresso hanno sede in: Stada Stirbei Voda 86, Bucuresti II, Romania.

41° Congresso francese di chirurgia.

L'Associazione francese di chirurgia terrà il suo prossimo Congresso a Parigi dal 3 all'8 ottobre 1932, sotto la presidenza del prof. Pierre Duval. Temi: « La chirurgia del cuore (traumatismi eccettuati) »; « Trattamento chirurgico delle artriti croniche non tubercolari »; « Trattamento chirurgico delle malattie del sangue ».

8° Congresso argentino di chirurgia.

Si è adunato a Buenos Aires, nei locali della Facoltà medica, dal 14 al 17 ottobre, sotto la presidenza del dott. Ernesto Romangosa, di Cordoba. All'inaugurazione assistevano le autorità politiche, sanitarie e universitarie ed i rappresentanti di vari Stati: Brasile, Uruguay, Cile, Perù, Bolivia, Paraguay.

Temi discussi: « Cancro dell'intestino crasso, escluso il retto », « Trattamento del fibromioma uterino », « Trattamento delle fratture dell'avambraccio ».

Contemporaneamente ebbe luogo un'esposizione di strumenti chirurgici, nelle sale della biblioteca medica.

5ª Conferenza francese sulla psicoanalisi.

La conferenza annuale degli psicoanalisti di lingua francese si è tenuta a Parigi il 30 e il 31 ottobre, nell'anfiteatro della Clinica per le malattie mentali.

Scuola medica ospitaliera di Roma.

Come di consueto, si terranno corsi della durata di un semestre (1° dicembre-31 maggio) in medicina generale, in chirurgia generale ed in pediatria e corsi di varia durata in tutti i rami della medicina. Tassa L. 60 per i medici, L. 30 per gli studenti; sopratassa di L. 20 per l'anatomia patologica, di L. 40 per la medicina operatoria e la tecnica delle perizie medico-legali. Prossimamente si terrà un corso mensile intensivo per medici condotti. Dal 16 agosto al 15 novembre avrà luogo un corso di preparazione agli esami di Stato. Chiedere il programma alla segreteria, Policlinico Umberto I, Roma.

Corso di perfezionamento a Vienna.

Il 43° corso internazionale di perfezionamento presso la Facoltà medica di Vienna si svolgerà dal 15 al 26 febbraio e riguarderà la terapia delle malattie interne, con speciale riguardo agli stati reumatoidi e ai metodi curativi fisici. Tassa d'iscrizione 50 scellini. Rivolgersi al Dr. A. Kronfeld, Sekretär der Internationalen Fortbildungskurse, Porzellangasse 22, Wien IX; oppure al: Kursbüro der Wiener medizinischen Fakultät, Helferstorferstrasse 1, Wien I.

Verso l'assetto della città degli studî di Bologna.

Nel IX anniversario della Marcia su Roma, è stata inaugurata a Bologna la fronte della R. Università sulla via Zamboni ed una parte della città degli studi.

Sono in rapido sviluppo i lavori per la sistemazione generale edilizia dell'Università, del Policlinico universitario di S. Orsola, della R. Scuola d'Ingegneria e della Scuola Superiore di Chimica industriale, per l'importo complessivo di 58 milioni di lire.

È quasi ultimata la costruzione del nuovo Istituto d'Igiene e si è iniziata la costruzione della nuova Clinica medica.

Il nuovo Ospedale Militare di Milano.

All'inizio dell'anno X E. F. venne inaugurato l'Ospedale Militare di Milano, sorto per volontà del Regime allo scopo di dare a Milano uno stabilimento militare che, per grandezza, comodità e igiene, potesse gareggiare coi più grandi stabilimenti militari come quelli di Roma e Torino, e che anzitutto fosse dotato di apparecchi scientifici moderni. È posto lungo la via di Baggio, a circa 7 km. dal centro. Occupa una superfice di circa 12.000 mq. e si compone di 12 padiglioni con annessi gabinetti radiografici, batteriologici, oftalmici, odontoiatrici, laringoiatrici, ecc. Comprende pure una apposita centrale termica con annessa la sezione di disinfezione, la lavanderia, il reparto bagni ed un padiglione destinato per l'alloggio delle suore.

Le costruzioni attuali sorgono su di un'area di 117.500 mq. e sono costate complessivamente 19 milioni di lire.

Dovranno poi essere iniziati i lavori per la costruzione della caserma per la truppa di Sanità, il padiglione per il reparto ufficiali e la chiesa.

L'ospedale è pronto per ricoverare 600 malati, ma la sua attrezzatura e le sue capacità sono tali che in casi eccezionali può ospitare comodamente oltre mille malati.

L'inaugurazione ebbe luogo alla presenza del ministro della guerra gen. Gazzera, di S. A. R. Adalberto di Savoia, Duca di Bergamo, del sottosegretario alle Corporazioni on. Alfieri e di molte altre autorità e personalità. Monsignor Bartolomasi, ordinario castrense, pronunziò vibranti parole sulla nobile missione del medico militare e impartì la benedizione al monumento dei caduti, trasportato dal vecchio Ospedale nel nuovo. Parlarono poi il gen. Riva, direttore della Sanità Militare, il ten. col. Jannizzotto, direttore dell'Ospedale, e S. E. Gazzera, che espresse il più vivo elogio al corpo sanitario militare italiano.

L'ospedale " Costanzo Ciano ,, a Livorno.

Questo grandioso ospedale, di cui abbiamo già dato notizia, è stato inaugurato con solenne cerimonia il 2 novembre dal Re e dalla Regina d'Italia. Erano presenti il ministro Ciano di Castellazzo con la Famiglia ed altissime autorità. Tenne il discorso d'occasione il gr. uff. Costa, presidente della Commissione ospitaliera.

L'ospedale era stato iniziato il 3 novembre 1929. Consta di 14 costruzioni ed è capace di 1200 letti. Ha comportato la spesa di 27 milioni di lire. È uno dei più grandi, moderni e meglio attrezzati nosocomi d'Italia.

Sanatorio di Vialba.

Il 28 ottobre venne inaugurato, dal sottosegretario alle Corporazioni on. Alfieri, il Sanatorio di Vialba, uno dei più grandi fra gl'istituti congeneri che la Cassa Nazionale per le Assicurazioni sociali ha già in esercizio nella penisola. Può ricoverare oltre mille pazienti; è destinato ad essere il grande centro di raccolta, isolamento e cura dei tubercolotici della provincia di Milano. Il nucleo del Sanatorio è costituito da tre grandi padiglioni, di cui uno destinato agli uomini e due alle donne. Ne fanno parte, inoltre, un reparto chirurgico, uno di maternità, uno di osservazione, un padiglione per i bambini, vari edifizi per i servizi speciali, uno per il refettorio e per gli spettacoli (teatro, cinematografo, ecc.). Complessivamente l'istituto consta di 17 fabbricati, uniti da passaggi coperti e da passaggi sotterranei; essi occupano un'area di circa 250.000 mq., di cui 195 mila coperti da fabbricati. Sopra un'altra area di pari estensione si va sistemando un'azienda agricola.

La cerimonia inaugurale si è svolta nel salone-teatro, ove S. E. Alfieri e le autorità furono ricevuti dal direttore sanitario prof. Arrigo Pessin, dal direttore amministrativo prof. Porri e dall'ing. Luigi Ferrati, direttore dei lavori di costruzione. il sen. Garbasso tenne una breve allocuzione e propose che il sanatorio rechi il nome di Benito Mussolini; rispose l'on. Alfieri, esaltando le realizzazioni magnifiche della Patria fascista.

Sanatorio di Bioglio.

Nella ricorrenza della Marcia su Roma si è pure inaugurato, a Bioglio, presso Biella, un sanatorio che è il primo istituto sorto nella provincia per il trattamento delle forme tubercolari iniziali.

È una indiretta emanazione dell'ente biellese di assistenza, il quale, costituito nel 1924 in virtù di un patto di lavoro concretato fra industriali e operai nel campo delle provvidenze sociali, precorse i tempi creando di sua iniziativa svariate forme di assistenza che più tardi, dal governo nazionale, dovevano essere imposte per legge a tutta l'Italia.

Il sanatorio sorge a 660 metri sul livello del mare in vetta ad un poggio ridente e saluberrimo; esso è stato intitolato al nome del Duce.

Sanatorio di Pescara.

Il commissario prefettizio del Consorzio provinciale antitubercolare di Pescara, on. dott. Domenico Tinozzi, ha proceduto all'appalto dei lavori di sistemazione e di completamento dell'ex-convento di Loreto Aprutino, prescelto a sede di un ospedale sanatoriale per tubercolotici.

L'ex-convento trovasi in posizione amenissima, in vista del Gran Sasso e del Mare Adriatico; è stato di recente ceduto al Consorzio dal Comune di Loreto Aprutino. La parte di fabbricato esistente è stata già convenientemente adattata a cura del Comune, e perciò potrà presto essere posta in condizioni di accogliere un primo nucleo di infermi. I lavori appaltati consistono nella costruzione di un nuovo ampio padiglione, dotato di verande per l'elioterapia e di locali accessori per la lavanderia, la disinfezione, ecc. Il sanatorio è circondato da un ampio terreno coltivato a orto e giardino. Complessivamente il Consorzio incontrerà una spesa di oltre un milione. Potranno trovare ricovero nel sanatorio oltre settanta infermi, di cui metà donne e metà uomini, in due sezioni, che saranno rispettivamente intitolate a Donna Marianna Acerbo, fautrice dell'opera, ed al prof. Alfonso di Vestea, nato a Loreto Aprutino.

L'Asilo Materno di Ostia-Lido.

Il Capo del Governo ha inaugurato il nuovo centro materno donato alla Congregazione di Carità di Roma dal presidente avv. Carlo Scotti.

L'Istituto sorge al viale della Marina; attiguo all'Asilo Infantile Principessa di Piemonte.

È stato costruito su un'area offerta dal Governatore di Roma.

Il Duce era accompagnato dal Sottosegretario di Stato agli Interni, on. Arpinati. Gli furono di guida l'avv. Scotti ed il prof. Micheli, direttore della Maternità all'Ospedale di S. Giovanni.

All'Ospedale di S. Giovanni in Roma.

Il 28 ottobre si è inaugurato il nuovo Reparto Radiologico dell'Ospedale, in locali appositamente costruiti ed arredati di nuovi e moderni apparecchi. Intervennero alla cerimonia il Presidente dell'Amministrazione Ospedaliera prefetto Cotta, una larga rappresentanza di medici ospedalieri, una folla d'invitati.

Il nuovo Ospedale di Piossasco.

Il 31 ottobre i Principi di Piemonte hanno presienziato l'inaugurazione del nuovo Ospedale di S. Giacomo di Piossasco ridente comune della provincia di Torino, ove d'estate convengono le truppe del Presidio per le esercitazioni annuali e per il campo di tiro. Nella sala principale dell'Ospedale parlarono il commissario prefettizio e il presidente della filantropica istituzione colonnello Bessone; quindi l'arcivescovo di Torino, mons. Fossati, impartì la benedizione ai locali.

Donazioni e lasciti.

La R. Università di Firenze è stata autorizzata, con R. Decreto n. 1198 in data 14 agosto 1931, ad accettare la donazione di L. 55.000 nominali, raccolte per sottoscrizione ad iniziativa del dott. Silvio Dessy, direttore dell'Istituto Biologico Argentino, fra ammiratori e discepoli del prof. Ivo Bandi, per l'istituzione di un premio a questi intitolato, da assegnare per concorso ad autori di lavori originali su argomenti di anatomia patologica, patologia generale o eziologia o patogenesi dei morbi.

In onore di Bier.

Il 24 novembre, alle ore 10, nella « Langenbeck-Virchow-Haus », avrà luogo un'adunanza solenne, per onorare Augusto Bier in occasione del suo 70° compleanno.

Per accordi ed informazioni rivolgersi al Prof. Martin, Chirurg. Universitätsklinik, Ziegelstrasse, Berlino.

Il segreto medico in Francia.

Il consiglio d'amministrazione della Federazione dei sindacati medici francesi ha votato ad unanimità, il 22 ottobre, un ordine del giorno, secondo cui il segreto medico risponde ad un obbligo di coscienza per la professione medica; è anteriore all'articolo 378 del Codice Penale, poichè risale al « giuramento d'Ippocrate », e va osservato sempre ed a qualunque costo.

Tagliandi per cure mediche in Spagna.

La Gazzetta Ufficiale della Spagna pubblica un decreto in data 6 ottobre, del seguente tenore:

« La propaganda commerciale ha di recente avuto ricorso ad un processo, che consiste nell'offrire, agli acquirenti, dei premi, sotto forma di tagliandi, i quali dànno diritto a cure mediche. Fin dal maggio 1930 la Federazione dei Circoli di commercianti ha chiesto che fosse interdetta tale pratica, condannabile per ragioni sia morali, sia commerciali.

Siccome questo abuso persiste ancora, da parte di certe ditte commerciali, e siccome certe associazioni di assistenza medica si prestano ancora a questa pratica, il direttore generale della sanità interdice di offrire, sotto forma di propaganda medica, delle facilità di assistenza medica per mezzo di tagliandi-premi ».

Progetto di legge sulla sterilizzazione dei deficienti in Inghilterra.

La Camera dei Comuni ha rigettato, con 167 voti contro 89, un progetto di legge per la sterilizzazione dei deficienti mentali. Un attacco a fondo contro il progetto venne fatto dal deputato medico Morgan, iscritto al partito del lavoro; egli sostenne che la frenastenia è conseguenza della indigenza, che tutta la società ne è responsabile e che il rimedio consiste nella segregazione dei frenastenici e nel socialismo.

Una generosa iniziativa.

I Laboratori Lamo di Parigi (rue Paul de Koch 28) hanno istituito, presso la Federazione dei Sindacati medici francesi, cento borse da essere assegnate a studenti in medicina figli di medici; ogni borsa dà diritto a 500 franchi di libri.

Ausiliari d'igiene e medicina per le Colonie francesi.

È stato creato un personale di agenti tecnici d'igiene e medicina per le Colonie della Martinica, della Guadalupa e di Riunione; esso è posto alla dipendenza dei Governatori delle singole colonie e agli ordini tecnici dei capi dei rispettivi servizi sanitari.

Crisi editoriale in Ungheria.

Il Governo ungherese ha limitato l'importazione delle merci straniere, compresa la carta, che veniva dall'Estero nella misura di quattro quinti del consumo.

In conformità ad un'ordinanza del ministero delle Finanze, le riviste dovranno ridurre la mole alla metà incirca. I giornali medici hanno sollevato vive proteste; tra l'altro, hanno fatto osservare di avere in serbo molto materiale composto e molti manoscritti e dovranno darvi esito, per impegni definiti.

L'Associazione ungherese della stampa ha stabilito di far presente al Governo la necessità di revocare l'ordinanza per i periodici scientifici e letterari: senza di che si danneggerebbe gravemente la cultura nazionale.

Si prevede che, se il Governo persisterà nella sua politica, alcuni periodici dovranno sospendere le pubblicazioni.

Disanofelizzazione idrica mediante concimi chimici.

Il dott. Pietro Tilli, di Fiumicino, ha avviato una serie di esperienze sull'azione larvicida dei concimi chimici. Risulta che tale azione spetta al nitrato ammonico, al nitrato sodico, al solfato ammonico ed alla calciocianamide; questa, insolubile in acqua, si è usata in miscela e si è dimostrata la più energica.

Le concentrazioni efficaci vanno dall'8-5 ‰ per alcuni concimi, al 0,5 ‰ per altri in miscela.

Il solfato potassico ed i perfosfati sono rimasti inattivi.

Vaccinazione antitubercolare nella zootecnia.

Il 1° novembre, in una sala concessa al Palazzo del Governo in Milano, presenti il Prefetto, il Preside della Provincia e altre personalità, l'« Istituto Vaccinogeno Antitubercolare » diretto dal prof. A. Ascoli ha proceduto alla premiazione degli agricoltori e veterinari che hanno praticato la profilassi antitubercolare col vaccino B. C. G. a tutto il 1930. Furono assegnate 4 medaglie d'oro, 18 d'argento, 45 di bronzo e 205 diplomi di benemerenza.

Contrabbando di stupefacenti.

La Dogana di Marsiglia ha scoperto, sul piroscafo « Providence » proveniente da Alessandria e diretto a New York, 31 casse con circa 1000 Kg. di oppio. A bordo del piroscafo « Teofilo Gautier » erano già stati scoperti 250 Kg. di stupefacenti.

Questi rinvenimenti confermano che in alcuni porti del Levante esiste un'organizzazione che opera il traffico su vasta scala grazie alla complicità degli equipaggi.

Il Calendario e l'Agenda della Croce Rossa.

Anche per l'anno 1932 la Croce Rossa Italiana ha preparato il « Calendario » che costituisce ormai una simpatica tradizione.

Il grande successo che ha sempre, e con sempre maggiore intensità, arriso a questa iniziativa, ha fatto pensare ad un'altra pubblicazione che si abbina al « Calendario », e che è costituita da una « Agenda » la quale è un elegante volume riccamente illustrato, contenente, oltre ai fogli giornalieri, una decorosa documentazione fotografica, delle opere della Croce Rossa Italiana, nonchè una serie di utilissime indicazioni.

Giustificata ammenda.

Il Tribunale di Königsberg ha condannato a 20 marchi d'ammenda l'assistente di un reparto oftalmologico ospedaliero per avere pronunziato una frase oscena all'indirizzo di una paziente, la quale si era procurata una congiuntivite introducendo dei corpi estranei nel sacco congiuntivale. L'ammenda in sè è poca cosa, ma basta a danneggiare gravemente il giovane medico. Questi, a sua volta, ha denunziato la paziente per auto-lesionismo ai danni delle assicurazioni.

Il celebre radiologo GUIDO HOLZKNECHT di Vienna è morto a causa di un cancro professionale, che aveva già resa necessaria l'amputazione prima di una mano e poi di un braccio.

Ha lasciato un testamento morale che andrebbe tenuto presente dalle commissioni esaminatrici per concorsi universitari e dai direttori d'istituti scientifici e clinici; esso dice: « La scelta per l'occupazione di una cattedra può avere conseguenze che importano il fato di tutto un secolo. Ma anche la scelta degli assistenti è gravissimo compito dal quale può dipendere l'ascesa o la decadenza delle sorti scientifiche. Guai a chi si affida ad altre ragioni che al puro giudizio del valore personale, guai a chi, nella scelta, scende a compromessi. Il capo scelga i suoi proseliti in modo che possa sperare d'essere da loro superato. Non si preoccupi del proprio prestigio, nè tema che da giovani forze in cammino la sua fama possa essere oscurata. Egli, il capo, cammina con loro, è spinto non mai sacrificato dall'ambiente. Questo problema è risolto dalla scienza stessa, la quale ha le sue leggi ».

Parole che documentano la chiarezza di concezioni e l'altezza di sentimenti del grande scomparso.

Indice alfabetico per materie.

V. ASCOLI †, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII Roma, 23 Novembre 1931 - X Num. 47

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Clinica Medica Generale della R. Univer. di Roma.
Dirett. inc.: prof. S. SILVESTRI.

La reazione di Greenfield e Carmichael all'anidride acetica nel liquido cefalo-rachidiano

per i dott. CESARE MANZINI
e PIETRO CARAMAZZA.

Greenfield e Carmichael (1) hanno proposto nel 1927 una nuova reazione del liquido cefalo-rachidiano, che è costantemente positiva in certe affezioni dell'asse cerebro-spinale e delle meningi.

Questa reazione consiste nell'aggiungere ad un cmc., di liquor 0,3 cmc. di anidride acetica e dopo aver bene agitato per emulsionare i due liquidi, nel versare lentamente goccia a goccia 0,80 cmc. di acido solforico purissimo. Quando la reazione è positiva si ha la comparsa di un bel colore violetto.

(1) GREENFIELD and CARMICHAEL. Journal Neurol. and Psycho-pathol., 1927, pag. 220, v. I.

Gli autori praticarono dapprima questa reazione soltanto su liquidi cefalo-rachidiani, provenienti da individui affetti da demenza paralitica e avendo trovato la prova positiva, 15 volte su 16 liquor esaminati, pensarono poi di estenderla ad altre forme morbose del neurasse. Fu così che essi ottennero reazione con esito positivo in casi di neuro-sifilide, di degenerazione secondaria del nevrasse ed in alcuni processi infiammatori delle meningi. Greenfield e Carmichael credettero poter attribuire la positività della loro reazione, alla presenza del colesterolo nel liquido cefalo-rachidiano.

Recentemente Piotrowski (2) ha ripreso lo studio di questa reazione e la ha applicata ad un numero assai importante di casi, ricercandone contemporaneamente l'albumina e la globulina nel liquor e la pleiocitosi.

Egli ha praticato 88 esami di liquor, appartenenti a differenti forme morbose così suddivise: 10 casi di paralisi generali, 5 di

(2) PIOTROWSKI G. L. *The acetic anhydride test of the spinal fluid*. Brit. Med. J., 1929, pag. 457, n. 3583, v. VI.

	Diagnosi	Aspetto	Album. %	Reazione R. Nonne	Reazione R. Pandy	Reazione all'anidrite acetica	Citodiagnosi
I	Sepsi meningococcica	Torbido	0,70	+	+ +	+	Rari polinucleati linfociti
II	Id.	Purulento	1,85	+++	+++	+++	Elementi del pus. Meningococchi
III	Mening. pneumococcica	Id.	1,32	+++	+++	+++	Elementi del pus. Pneumococchi
IV	Sepsi streptococcica	Torbido	1,10	+ +	+ +	+++	Rari neutrofili
V	Meningite streptococcica	Purulento	1,90	+ +	+ +	+++	Elementi del pus. Germi
VI	Meningite tubercolare	Legg. torbido	1,10	+ +	+ +	+	Numerosi linfociti e neutrofili
VII	Id.	Limpido	0,60	+ +	+ +	+	Numerosi linfociti
VIII	Id.	Id.	0,90	+ +	+ +	+	Id.
IX	Id.	Legg. torbido	0,95	+ +	+ +	+ +	Linfociti e qualche neutrofilo
X	Meningismo in malarico	Limpido	0,45	—	—	—	Nulla
XI	Meningite sierosa	Id.	0,55	—	—	—	Qualche linfocita
XII	Idrocefalo congenito	Id.	—	—	—	—	—
XIII	Idrocefalo eredo-luetico. Liq. lombare	Id.	—	—	—	—	—
»	Id. id. ventricolare	Id.	—	—	—	+	—
XIV	Lue cerebrale	Id.	0,39	—	+	—	Qualche linfocita
XV	Id.	Legg. torbido	0,51	+	+ +	—	Linfociti
XVI	Gomma dello sfenoide	Limpido	0,90	+ +	+ +	+	Numerosi linfociti e polinucleati
»	Id.	Id.	0,74	+	+ +	+	Id.
XVII	Meningo-encefalite luetica	Legg. torbido	1,05	+	+ +	+	Linfociti e polinucleati
XVIII	Tumor cerebri	Limpido	0,55	--	—	—	—
XIX	Id.	Id.	0,60	—	+	—	—
XX	Id.	Id.	0,80	—	—	—	Rari linfociti
XXI	Tumor dell'ipofisi. Diabete insipido	Legg. torbido	0,98	—	+	+ +	Linfociti e rari neutrofili
XXII	Rammollimento cerebrale da ictus	Id.	0,54	—	+	+ +	Qualche linfocita
XXIII	Id.	Limpido	0,38	—	—	+ +	—
XXIV	Coma uremico	Id.	0,35	—	—	—	—
XXV	Id.	Id.	0,41	—	—	—	—
XXVI	Eclampsia	Id.	0,40	—	—	—	—
XXVII	Id.	Id.	0,33	—	—	—	—
XXVIII	Glomerulo-nefrite	Id.	0,23	—	—	—	—
XXIX	Id.	Id.	0,25	—	—	—	—
XXX	Ipertensione ess.	Id.	0,30	—	—	—	—
XXXI	Id.	Id.	0,20	—	—	—	—
XXXII	Id.	Id.	0,19	—	—	—	—
XXXIII	Radicolalgia	Id.	0,26	—	—	—	—
XXXIV	Neurite	Id.	0,22	—	—	—	—

tabe, 15 di meningite, (6 tubercolari, 2 streptococciche e sifilitiche), 3 di lue cerebrale e 2 casi di lue ereditaria, 10 casi di degenerazione del nevrasse, 4 casi di emorragia meningea, polineurite, tumori cerebrali, 5 di encefalite epidemica e 20 di forme varie. Le conclusione a cui è giunto l'A., per quanto riguarda il valore clinico di questa reazione si possono così riassumere: questa prova riesce utile nella diagnosi di processo degenerativo e di emorragia cerebrale; essa quando è positiva indica sempre l'esistenza di un processo disintegrativo della sostanza nervosa centrale, in assenza anche di tutti i sintomi di reazione meningea. Questa reazione, esclusi i casi in cui si può avere una leggerissima colorazione, è nettamente positiva nel liquor di paralisi generali, di meningite e di degenerazione del parenchima cerebrale.

Avendo avuto occasione di esaminare un certo numero di liquidi cefalo-rachidiani, per gli accertamenti diagnostici (dosaggio dell'albumina col Sicard, reazione di Pandy e di Nonne-Appelt, citodiagnosi), che si praticano correntemente nel laboratorio della clinica, abbiamo pensato di eseguire, accanto a tutti questi esami, anche la prova di Greenfield e Carmichael, all'anidride acetica e acido solforico, per verificare se questa reazione avesse veramente un valore pratico e prognostico.

Su 10 liquidi cefalo-rachidiani giuntici colla diagnosi di sospetta meningite, noi riscontrammo costantemente una reazione positiva, tranne in un caso ad andamento cronico, la cui intensità variava a seconda della forma morbosa e della gravità stessa della malattia. Di questi 10 liquor 9 appartenevano a forme acute ed uno ad una meningite sierosa. Dei 9 liquor, appartenenti a forme ad andamento acuto, 3 erano nettamente purulenti; essi provenivano da casi di meningite a meningococco, streptococco e pneumococco, e diedero la reazione intensamente positiva di un bel colore lilla carico. Un quarto liquor, leggermente torbido, con modico aumento della albumina, con reazione di Pandy leggermente positiva, Nonne-Appelt invece negativa e qualche polinucleato nel sedimento, proveniente da una ammalata di sepsi gravissima con sintomi iniziali di meningite, reagì abbastanza fortemente, mentre invece il liquido di un malarico con segni di irritazione meningea diede esito ad una reazione negativa.

Nella prima ammalata si ebbe la morte dopo alcuni giorni con i segni di una meningite gravissima (però non fu fatta una seconda puntura lombare) mentre il secondo infermo invece, dopo la cura chininica, guarì completamente.

Negli altri 4 casi si trattava di meningite tubercolare in cui i liquidi cefalo-rachidiani diedero una reazione positiva, non però così intensa come nelle altre forme. In un caso di meningite sierosa invece la reazione fu negativa.

In 3 forme di idrocefalo congenito riscontrammo la prova negativa due volte; nel terzo caso invece di idrocefalo eredo-luetico la reazione fu dubbia sul liquido ventricolare.

Di regola esiste anche una certa concordanza con gli altri esami praticati sul liquor.

In due liquidi provenienti da soggetti sospetti di lue cerebrale, ottenemmo esito negativo; soltanto in un caso di estesa gomma sifilitica dell'ala dello sfenoide, trovammo accanto alle altre reazioni una forte positività della prova di Greenfield e Carmichael; reagì pure positivamente un altro caso di meningoencefalite-luetica.

Trovammo pure negativa la reazione in tre casi di tumore cerebrale; soltanto in un vecchio affetto da diabete insipido, con tumore ipofisario si ebbe una reazione positiva. In questo caso si trovò all'autopsia un neoplasma partente dall'ipofisi, con distruzione della sostanza cerebrale. Anche la reazione di Pandy fu leggermente positiva.

In 4 liquidi cefalo-rachidiani, due dei quali provenienti da soggetti in coma (coma uremico ed eclampsico) e due affetti da sclerosi a placche, la reazione diede esito negativo, come tutte le altre.

L'esame del liquor di due soggetti con rammollimento cerebrale da ictus, diede invece una prova intensamente positiva.

In liquidi cefalo-rachidiani provenienti da soggetti ammalati di forme varie, che non interessano direttamente il sistema nervoso, (radicolalgia, glomerulonefrite ipertensiva, ipertensione) la reazione all'anidride acetica fu trovata costantemente negativa.

È qui bene notare, come questa reazione occorre sia eseguita su dei liquor purissimi, senza alcuna traccia di sangue, per evitare degli errori nell'apprezzamento della sua positività.

Da questi risultati, benchè non troppo numerosi, noi crediamo si possano trarne alcune conclusioni, le quali sono in linea generale concordanti con quelle degli altri autori precedenti.

Si può dire dunque, che questa reazione è costantemente positiva in tutti i processi in-

fiammatori acuti delle meningi ed in quelle affezioni degenerative ed emorragiche dell'asse cerebro-spinale, che possano portare ad una perdita di sostanza, indipendentemente dalla qualità del processo che lo colpisce.

La reazione all'anidride acetica può dunque avere un valore pratico, non tanto nella diagnosi di meningite, quanto invece nel mettere in evidenza la presenza o lo svolgersi di un processo disintegrativo a carico del parenchima nervoso, anche mancando ogni segno di reazione-meningea.

*
* *

Greenfield e Carmichael attribuirono la comparsa della colorazione violetta e della sua intensità all'aumentato contenuto in colesterolo del liquor, analogamente a quanto si ha per la reazione di Liebermann-Bouchard per la colesterina.

Ma Piotrowski non accetta simile interpretazione, perchè egli ha potuto constatare che, tanto la ricchezza in colesterina quanto l'aggiunta di colesterolo puro al liquor normale, non modificano affatto la reazione, che persiste a rimanere negativa; al contrario l'aggiunta al liquido cefalo-rachidiano normale di pus sterile o di emulsione di organo (cervello, fegato, milza) fa apparire invece una bella colorazione violetta, più o meno intensa a seconda della quantità di emulsione aggiunta. Egli pensa perciò, che si debba attribuire la reazione a sostanze azotate, non fosforate del gruppo dei lipoidi, i cerebrosidi, sostanze, che si trovano prevalentemente nel tessuto nervoso. Questi corpi comparirebbero nel liquor, nelle affezioni a carattere disintegrativo del sistema nervoso o per lisi dei leucociti (piosina).

Noi pensiamo, per quanto riguarda l'interpretazione di questa reazione, che entrino in gioco non soltanto delle sostanze del tipo dei cerebrosidi, ma che vi debbano intervenire anche altri gruppi di lipoidi, quali i fosfatidi.

Le fosfolipine o fosfatidi infatti sono dei lipoidi contenenti nella loro molecola acidi grassi, acido fosforico o fosfoglicerico ed una base azotata. Essi sono diffusissimi in tutte le cellule dei tessuti (cuore, fegato, rene, milza, ecc. e specialmente nel sistema nervoso). Nella loro grande varietà, essi posseggono, si può dire, quasi una specificità propria nelle diverse cellule.

Si distinguono le lecitine, con base organica la colina, reperibili in tutti i tessuti, le cefaline, con base azotata la colamina, la sfingomielina, il protagone, risultante di miscele di cerebrosidi e di sfigmomielina, le mieline, ecc. Corpi che si trovano particolarmente nelle cellule del parenchima nervoso. I fosfatidi quindi sono sostanze assai importanti dal punto di vista biologico, perchè esse formano un costituente essenziale del protoplasma della cellula nervosa, ove giocano forse un ruolo assai importante.

È facile quindi che nei processi disintegrativi, che colpiscono il parenchima nervoso, si liberino di queste sostanze, assieme a dei cerebrosidi, ambedue questi corpi entrando nella costituzione della cellula nervosa, e passino nel liquor, ove svelano la loro presenza a mezzo della reazione su descritta.

Non è improbabile anche che, data la grande labilità di queste sostanze, nel determinismo di questa reazione, entrino forse, più che questi corpi stessi, i prodotti della loro scomposizione, quale ad esempio le basi organiche o amine biogene.

In tal caso si potrebbe pensare ancora all'intervento di amine proteinogene (derivanti dagli aminoacidi per un processo di decarbossilazione, (separazione di CO_2) specie in quelle affezioni infiammatorie meningee, dove come è noto, aumenta considerevolmente la parte più labile delle proteine.

RIASSUNTO.

Gli AA., provando la reazione di Greenfield e Carmichael (all'anidride acetica e acido solforico) su liquidi di varia provenienza, credono di poter affermare essere questa reazione utile per la diagnosi di processi infiammatori acuti delle meningi, ma sopratutto per svelare la presenza di affezioni a carattere degenerativo e emorragico del nevrasse; essi attribuiscono la reazione ai prodotti di disfacimento cellulare del gruppo dei lipoidi e forse anche degli aminoacidi.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale Celesia di Genova-Rivarolo.

Sulle lussazioni inferiori della spalla.

Prof. G. B. Macaggi
direttore e chirurgo primario.

Tra i vari casi traumatici venuti recentemente a conoscenza nostra, quattro lussazioni inferiori della spalla attrassero in modo speciale la nostra attenzione, e ciò non tanto per la rarità dell'incontro, quanto per un elemento sintomatico loro comune; dato, sul quale credo non del tutto superfluo discutere alquanto, sia agli effetti scientifici della sua interpretazione anatomo-patologica, sia a quelli pratici di una più giusta e sollecita provvidenza terapica.

Nell'agosto del 1928 veniva accolto in Ospedale un operaio, che, in seguito a caduta da una scala, avea riportato lesioni varie, di cui la principale alla spalla destra. Egli teneva l'arto superiore corrispondente nel caratteristico atteggiamento anomalo che suole osservarsi in questa classe d'infermi, nei quali l'evidente difettosità funzionale e morfologica denunzia subito la prodotta alterazione dei rapporti articolari.

In questo caso, però, oltre ad una spiccata abduzione era specialmente notevole il fatto di una facile ed estesa mobilità passiva del braccio, senz'altra eccezione che quella di una costante resistenza elastica ai tentativi di adduzione.

Accertato con manuale controllo che detta facilità di movimenti non era dovuta a soluzione di continuo dell'omero, la cui testa era infatti palpabile nell'ascella ed in perfetta continuità colla sua diafisi fu tentata ed ottenuta subito la riduzione in sede mediante una semplice spinta in alto dell'epifisi stessa.

A non lunga distanza di tempo, un secondo caso affatto simile al sopra descritto si presentò all'osservazione di un Sanitario di guardia al nostro Ospedale. Si trattava di un robusto giovinotto di circa vent'anni caduto allora allora dalla bicicletta e lesionato alla spalla destra. L'egregio collega, che ebbe ad esaminarlo non mancò di notare, con qualche maraviglia, come all'abituale deformità patognomonica della lussazione andasse compagna una sorprendente facilità dei moti passivi, invece della classica inibizione attribuita ad ogni permanente difetto di contiguità dei capi articolari. Di fronte, però, alla caratteristica depressione deltoidea, nonchè alla indubbia interezza dell'osso omerale egli non esitò a tentare le opportune manovre di riduzione raggiungendo ben tosto lo scopo.

Il terzo esemplare occorse ancora a me stesso in occasione di consulto presso una paziente più che settantenne, la quale, scivolando in casa sopra un levigato pavimento, s'era abbattuta sul fianco destro andando ad urtare in via diretta il suolo colla spalla corrispondente, e riportando così una forma di lussazione di spalla complicata da frattura. Vacuità sottodeltoidea, situazione ascellare della testa dell'omero e larga libertà dei movimenti passivi dell'arto offeso giustificavano in vero a sufficienza il dubbio del curante, pur senza considerare che nella fattispecie l'età avanzata dell'inferma e l'azione diretta del trauma stavano ad avvalorare notevolmente il concetto diagnostico di lussazione complicata da frattura, erroneamente ammesso in primo tempo; infatti il riscontro che i movimenti di rotazione impressi all'arto si trasmettevano regolarmente alla testa omerale bastava ad escludere la supposta complicanza ed anche questa semplice lussazione inferiore dell'omero potè essere facilmente ridotta coll'impulsione dei pollici agenti nel cavo ascellare.

L'ultimo caso mi capitò in Ospedale, e riguarda un giovane, che in una caduta ad arto superiore esteso avea riportato una evidente lesione della spalla sinistra. Anche in questa circostanza il classico indice: lussazione-immobilità, falliva di fronte al controllo dei movimenti passivi, e il facile successo della cura immediata confermava la diagnosi di lussazione inferiore della spalla.

I fatti surriferiti, anche se un po' scarsi, sono più che sufficienti a giustificare una proposta di revisione della abituale sintomatologia attribuita alle lussazioni in genere e a quella della spalla in particolare, e ciò appunto perchè si verifica in qualche varietà un concorso di condizioni meccaniche, per cui il fenomeno apparentemente eccezionale di una capacità motoria passiva è invece un fatto regolare ed abbastanza ben motivabile.

Se noi infatti ci facciamo a considerare il complesso mio-dinamico toraco-scapulo-omerale, non troveremo difficoltà a riconoscere come l'equilibrio energetico possa in tale regione venire alterato in modo assai diverso a seconda della nuova posizione anatomica che la testa dell'omero lussato sia stata spinta ad assumere.

I primitivi valori meccanici di « potenza, resistenza e fulcro » vengono in tali circostanze più o meno modificati con proporzionale risentimento della normale funzione motoria, la quale resterà impedita o quasi, tanto dalla dolorosa contrattura riflessa dei muscoli, come dalla anormale distensione degli stessi, quando i loro punti d'inserzione vengano a trovarsi abnormemente distanziati.

In tal caso la mobilità della leva omerale è forzatamente diminuita o annullata, come in fatti avviene nella generalità delle lussazioni, ed in modo speciale si verifica nelle varietà anteriore e posteriore della spalla.

Ma se fosse, per avventura, possibile qualche forma di lussazione, in cui i muscoli concorrenti si trovassero in maggioranza rilasciati per l'accidentale ravvicinamento delle loro estremità, non dovrebbe arrecar maraviglia, se ne conseguisse la possibilità di estesi ed anche anormali movimenti passivi dell'arto corrispondente.

Tralasciando per ora di indagare a questa stregua i caratteri subordinati delle lussazioni in generale, e limitandoci al solo capitolo della varietà inferiore di quelle della spalla, vogliamo far osservare come, appunto in questo caso, i più potenti muscoli regionali sono messi in condizione di rilasciamento: gran-dorsale in fatti, sotto-spinoso, piccolo e grande-rotondo, sotto-scapulare, e grande-pettorale sono resi pressochè impotenti a causa appunto dell'approssimazione dei rispettivi loro punti d'attacco. Soltanto i muscoli deltoide, sopra-spinoso, coraco-brachiale e capo breve del bicipite, resterebbero in uno stato di coatta tensione, ciò che spiega l'atteggiamento abdotto dell'arto e la marcata resistenza dello stesso ai tentativi di adduzione anche passivamente provati.

Ma su questo contrasto prevale il fatto raramente previsto di una grande libertà degli altri movimenti passivi della spalla lussata, onde i facili errori diagnostici di chi con inerte mentalità s'affida senz'altro ai comuni schemi scolastici, che talvolta per sommarie necessità non scendono ai particolari.

Ricordi adunque il pratico scrupoloso che non sempre le lussazioni della spalla presentano la predicata limitazione di movimenti e potrà così all'occasione evitare incresciose dubbiezze diagnostiche e curative.

RIASSUNTO.

L'A. avendo avuto occasione di incontrare quattro casi di lussazioni inferiori scapolo-omerali, li descrive per dimostrarne la speciale sintomatologia che differisce da quella delle altre varietà di lussazioni regionali per la larga libertà di movimenti passivi.

Dimostra l'importanza di tale nozione per la diagnosi differenziale colle fratture e per la pronta terapia.

SUNTI E RASSEGNE.

MALATTIE INFETTIVE.

Sulla cura della malaria nell'emoglobinuria da chinina.

(G. LAZZARO. *Riv. di Malariologia*, n. 3, 1931).

È noto come il problema della cura della malaria nei soggetti che hanno avuto un attacco di emoglobinuria sia ancora oggetto di discussione, sopratutto per la molteplicità dei metodi e l'incertezza dei giudizi sui metodi stessi.

La disparità di opinioni è sorta in special modo dopo la scoperta di Tomaselli e i lavori dei fratelli Plehn, mentre per il passato l'emoglobinuria era considerata senz'altro una forma di malaria grave e quindi curata con la chinina, raggiungendo perfino le dosi di 8-10 grammi.

Presentemente la maggioranza degli AA. ritiene sicuramente dannoso l'uso della chinina durante e dopo l'attacco emoglobinurico, e si limita ad un trattamento sintomatico o ricorre a succedanei come la cinconina, la plasmochina. Nocht, Klemperer, Strümpell invece consigliano di attendere a lungo dopo l'accesso emoglobinurico e seguire poi il metodo della così detta « cura di assuefazione alla chinina » (somministrazione di piccole dosi di chinina, da 0,01 progressivamente crescenti, in modo da abituare il malato all'uso del rimedio). Infine numerosi autori tropicalisti sostengono che l'emoglobinuria si deve curare come la malaria, con la chinina.

Le statistiche più recenti parlerebbero in favore di tale metodo, per cui sembra che, dopo tante esitazioni, convenga tornare all'antico concetto.

Occorre ricordare che G. Bastianelli fin dal 1896 dimostrò come l'attacco di emoglobinuria da chinina e malaria, a differenza dell'emoglobinuria da freddo, sia una manifestazione *episodica*. È raro difatti che in tali malati la chinina produca l'emoglobinuria con una certa costanza; il più delle volte, quantunque non sempre, la produce una volta sola; ciò sovratutto tra di noi.

L'attacco emoglobinurico, pertanto, non è un fenomeno che si ripete costantemente; d'altra parte la cura della febbre malarica, mediante la chinina, dopo l'attacco emoglobinurico, nella più gran parte dei casi non è seguita da emoglobinuria. Vi è quasi uno stato temporaneo di refrattarietà all'azione che la chinina dimostra nello scatenare l'accesso emoglobinurico.

Un'altra considerazione di non minore importanza deriva dall'esperienza; e cioè la chinina, somministrata nell'attacco, o uno o due giorni dopo che l'attacco è guarito, non aggrava l'attacco in corso.

Un malato che ha un attacco di emoglobinuria in seguito alla chinina, ha già il suo destino stabilito, che non dipende dalla quan-

tità di chinina presa, ma da uno stato che in lui preesisteva avanti alla chinina, poichè è noto che bastano quantità minime dell'alcaloide per determinare un attacco fatale.

Giustamente perciò la chinina veniva considerata dalla Scuola Romana non come veleno emolitico, ma solo come qualche cosa per cui diventasse l'agente provocatore di ciò, che nel soggetto già aveva preparato le condizioni, necessarie, affinchè la chinina producesse l'emolisi.

La reazione di Landsteiner per l'emoglobinuria da freddo, aveva dato speranze di riuscire ad ottenere *in vitro* la dimostrazione delle emolisine; ma il problema dello scatenamento dell'attacco, nell'emoglobinuria chinino-malarica, è così complesso, che l'imitazione *in vitro* di esso appare per ora poco probabile. Rimanendo sul terreno dell'esperienza clinica, i fatti sopradetti dovevano quindi far concludere che la quantità di emolisina già pronta nel soggetto sia quella che determina la gravità dell'attacco e, verosimilmente, nell'attacco stesso sia interamente consumata per l'emolisi, e quindi sparisca.

In accordo appunto a tali principii l'A. ha trattato tutti i casi (in numero di 6) capitati alla propria osservazione, nei quali l'attacco di emoglobinuria era venuto in seguito alla chinina. In qualcuno la chinina è stata data verso la fine dell'attacco; in uno al secondo giorno della prima recidiva dopo l'attacco, quando le sostanze emolitiche riconoscibili *in vitro*, erano ancora dimostrabili; in un altro la chinina fu data due o tre giorni dopo cessato l'attacco; in nessuno dei casi si ebbe recidiva dell'emoglobinuria.

Dalle osservazioni dell'A. pertanto risulta confermato il fatto che la chinina, somministrata *al più presto, dopo l'attacco o durante l'attacco*, non fa tornare l'emoglobinuria, nè peggiora l'attacco in corso, ed oltre a ciò che, dando la chinina nelle recidive, non si ha o si ha raramente l'emoglobinuria.

Il trattamento del malato senza ritardo con la chinina impedisce le recidive, impedisce lo stabilirsi di quelle condizioni che, in quei soggetti, prepararono l'attacco emoglobinurico (emolisine); quindi *l'emoglobinuria si guarisce guarendo la malaria.*

Evidentemente queste ricerche, eseguite per incarico e sotto la guida del prof. G. Bastianelli, sono interessantissime, così dal lato scientifico come da quello terapeutico.

Durante e dopo l'accesso emoglobinurico l'esame del sangue dimostra sempre la presenza di parassiti, per solito *Plasmodium falciparum;* in un caso l'A. ha trovato il *P. vivax*.

A. POZZI.

Caratteristiche cliniche edepidemiologiche del vaiuolo e sua diagnosi differenziale.

(C. J. MC. SWEENEY. *Quart. Journ. Medic.*, lug. 1931).

L'A. ha osservato negli ultimi 8 anni in Inghilterra e nel Galles un tipo di vaiuolo che differisce da quello descritto nei libri classici.

Caratteri fondamentali sono stati: la mitezza dei sintomi e la relativamente bassa infettività. Questa forma ha avuto recentemente vari nomi: alastrimo, vaiolo moderno, vaioloide, ecc. L'A. ritiene che l'alastrimo non costituisca una malattia a sè e cita in proposito le esperienze di Blaxall, che ha ottenuto nella scimmia le medesime lesioni inoculando materiale ottenuto tanto da casi di vaiolo vero che di alastrimo, il che coincide colle osservazioni sierologiche di Gordon e lo studio dei rapporti immunologici di Sedingham. L'A. non approva neppure il termine di « vaiolo moderno » perchè anche in passato il vaiolo ha presentato diverse gravità nelle diverse epidemie.

Le caratteristiche cliniche sono le seguenti: *Periodo di incubazione*: 10-15 giorni. *Periodo di invasione*: inizio brusco con cefalea, brivido, malessere e febbre, che durano da 48 ore a 4-5 giorni. *Periodo di eruzione*: mai prima del 3° giorno; per lo più al 4°-5° e dura fino al 7°-8°. Inizio alla faccia e qualche ora dopo agli avambracci e al tronco e poi agli arti inferiori. L'inizio dell'eruzione coincide con la scomparsa dei sintomi generali: scompare la febbre e il paziente si sente bene. Lo stadio papuloso dura 36-48 ore; poi si ha quello pustoloso. Nello stadio vescicolare le lesioni si mostrano irregolari nella forma. A volte si ha un aspetto che ricorda il morbillo. La vescicola è per lo più nella pelle, non sulla pelle.

Non si ha mai febbre suppurativa secondaria.

La guarigione completa si ha per lo più in 4 settimane, senza complicazioni.

L'infettività è minore che nel vaiolo comune, tanto che la trasmissione si ha solo in casi di contatto prolungato.

Nella discussione diagnostica rientrano: il morbillo, la dermatite sifilitica papulo-pustolosa, il prurigo, l'erythema iris, l'eritema multiforme, l'acne, l'urticaria.

Dal punto di vista epidemiologico il carattere fondamentale è la scarsa trasmissibilità (tanto che una bambina che frequentò la scuola per due giorni dopo la comparsa dell'eruzione non infettò nessun'altra scolara) e la rapida scomparsa dell'epidemia coll'isolamento severo dei malati, che devono abolire ogni contatto con persone che non siano addette alla loro cura.

R. LUSENA.

La trasfusione sanguigna nelle setticemie da streptococco.

(P. ABRAMI e A. TZANCK. *Paris Méd.* 1 ag. 1931).

Nel 1918 Wright mise in pratica l'idea di utilizzare la trasfusione sanguigna per trasmettere l'immunità acquisita. Egli iniettò il germe attenuato ad un soggetto sano e dopo

sei ore fece una trasfusione di sangue da questo soggetto al malato. Ma si può anche procedere diversamente ed utilizzare il sangue di individui guariti o di soggetti convalescenti.

Gli AA. hanno praticato la trasfusione sanguigna in un certo numero di malati con setticemia da streptococco emolitico ottenendo un gran numero di buoni risultati.

L'immunizzazione del donatore fu ottenuta in diversi modi. Ogni volta che fu possibile ricorsero a donne guarite di infezione puerperale.

Si procedette anche alla rivaccinazione del donatore nelle sei ore precedenti la trasfusione, mediante auto-vaccini provenienti da culture dei malati stessi.

Gli AA. riferiscono a mo' d'esempio alcune curve termiche che servono a dimostrare quanto differenti siano le circostanze della guarigione quando la si è potuta ottenere.

In un caso di infezione puerperale erano state praticate due trasfusioni ordinarie senza risultato alcuno.

Si procedette allora alla immuno-trasfusione (4 volte), servendosi del sangue del marito che era stato vaccinato sei ore prima con un auto-vaccino ottenuta dalla malata: si ottenne una rapida guarigione.

Ad una donna malata da oltre un mese con febbre consecutiva ad aborto erano stati praticati successivamente nove ascessi da fissazione, senza però risultato alcuno. Si ricorse infine ad una immuno-trasfusione, dopo la quale ben cinque degli ascessi si risvegliarono e richiesero la incisione, dopo di chè la temperatura cominciò ad abbassare. Dopo tre altre trasfusioni si ebbe la guarigione.

In un altro caso, dopo la immuno-trasfusione si ebbe una localizzazione suppurata articolare, dopo drenata la quale si ebbe rapida guarigione della setticemia.

Nell'ultimo dei casi riferiti si trattava di una infezione puerperale datante da quindici giorni con reperto streptococcico positivo. Fu praticata alla p. una strasfusione di gr. 100 da donatore universale non immunizzato. Seguì uno stato di choc gravissimo e poi caduta della temperatura e guarigione.

Concludendo, su 43 casi di setticemie gravissime gli AA. hanno ottenuto 22 guarigioni che si sono effettuate secondo tipi assai differenti senza la possibilità di riferimento ad un modo o ad un altro di vaccinazione.

VICENTINI.

Sul reperto batteriologico di sette casi di angina.

(G. LUGLI. *Valsalva*, VII, n. 9, 1931).

L'A. riferisce intorno a sette casi di angina manifestatisi nello spazio di circa tre mesi nel personale di una scuderia.

Nell'essudato faringeo egli ha trovato oltre a germi comuni la presenza costante di streptococchi in catenelle lunghissime con i caratteri morfologici dello streptococcus equi di Rivolta che è l'agente patogeno dell'angina dei cavalli.

Questa malattia si manifesta con catarro nasale, tumefazione e suppurazione dei gangli del collo ed è in questi ascessi che si riscontra lo streptococcus equi.

L'A. anzitutto procedette alla identificazione batteriologica del germe: ottenutolo in cultura pura, in brodo e in agar, ricercò i caratteri differenziali con lo streptococco umano che sono: 1) sviluppo crociato delle due specie nei filtrati di culture; 2) maggior virulenza dello streptococco equino per il topo bianco; 3) resistenza crociata delle due specie ai sieri rispettivi.

Identificato il germe l'A. si pose il problema quale importanza esso avesse nei riguardi della affezione in studio. Poichè nessuno dei cavalli presenti nella scuderia era affetto da angina, occorreva anzitutto conoscere se fossero essi i portatori del germe.

Nella secrezione faringea di nove su quindici cavalli riscontrò lo streptococcus equi di Rivolta e lo stesso reperto ebbe in due campioni su 24, di polveri raccolte nel governo dei cavalli.

Ricercò infine se il siero degli ammalati avesse potere litico sulle culture dello streptococco isolato dagli essudati. Le prove sierologiche dimostrarono che il siero di tutti i pazienti dava luogo a lisi nelle culture suddette.

Era questa la prova decisiva per la definizione della quistione se il germe avesse o no importanza etiologica nella malattia in studio.

Anche lo studio clinico dei casi metteva in evidenza che si trattava di una forma di angina che si scostava per alcuni caratteri dalle forme comuni.

L'A. ritiene necessaria una indagine più vasta quale potrebbe essere compiuta dai medici militari addetti alle armi a cavallo.

VICENTINI.

ARTICOLAZIONI.

Il trattamento medico dell'artrite cronica.

(N. MUTCH. *Brit. med. Journ.*, 7 marzo 1931).

Moltissimi sono i medicamenti proposti contro l'artrite cronica: alcuni empirici, altri studiati con esperienze di laboratorio, sicchè non riesce facile al medico la scelta del rimedio adatto. Ma quando si accetti il consueto punto di vista che, in complesso, i disturbi reumatici cronici sono prodotti da tossine o da incursioni batteriche da uno o più focolai è possibile passare rapidamente in rassegna il campo terapeutico. La diminuzione della resistenza, il pervertito metabolismo ed i disturbi endocrini possono in alcuni casi preparare

il terreno, ma la discussione di questi argomenti porterebbe troppo lontano.

Trattamento dei focolai. — I denti, la gola, i seni nasali e l'apparecchio genito-urinario esigono l'eventuale cura chirurgica e l'uso intelligente di antisettici, in modo da evitare un trauma chimico, che potrebbe essere dannoso. Particolare attenzione esigono lo stomaco e l'intestino, sicchè si dovrà organizzare uno schema di trattamento che riduca la putrefazione ed impedisca ai saprofiti con potere infettante di penetrare nei tessuti viventi delle pareti intestinali. I mezzi principali per ottenere tale scopo sono:

1) L'eliminazione della stasi intestinale.

2) La semplificazione della dieta, correggendone gli errori e riducendo la quantità dei materiali putrescibili ed indigeribili nel colon. Si consiglierà una buona masticazione, l'uso di acido cloridrico e di preparati adatti (takadiatasi, pancreatina).

3) La limitazione dell'azione batterica mediante antisettici, quali l'ittiol-salicilato, il salol od il carbonato di guaiacolo. Tale trattamento però non è molto efficace.

4) La fissazione delle tossine mediante un assorbente insolubile (caolino, carbone). È difficile poter dare una quantità sufficiente di carbone, ma ciò è possibile col caolino; è bene scegliere i preparati di caolino colloidale poichè quello naturale contiene spesso delle particelle microscopiche di quarzo o di mica.

Trattamento locale. — È basato generalmente sul miglioramento della circolazione nella parte affetta. Il calore radiante, il vapore, i cataplasmi, il fango e la diatermia sono eccellenti se applicati a dovere. Vi sono inoltre molti preparati consigliati a tale scopo, alcuni anche ad azione brutale: l'alcoolato di Fioravanti e tutte le « embrocations » della Farmacopea inglese. Un altro gruppo è quello dell'olio di wintergreen, (o salicilato di metile, od olio di Gaultheria) che costituisce la base di molti preparati brevettati.

Aumento della resistenza generale. — Hanno grande valore la vita in un ambiente sano, la luce ultravioletta ed una dieta ricca in vitamine, specialmente quelle A e D. Per gli individui che digeriscono male i grassi, sono consigliabili i preparati irradiati concentrati con quelli di calcio (gluconato o lattato).

Utile è altresì la terapia reattiva non specifica, che può farsi con le iniezioni di preparati di manganese (faciliterebbe la formazione di anticorpi) o di nucleinato di sodio o solfo colloidale (darebbe una leucocitosi); non prive di pericoli sono le iniezioni endovenose di preparati colloidali.

Aumento della resistenza specifica. — Le iniezioni di vaccini preparati con i germi isolati dai vari focolai provocano reazioni dolorose nelle parti reumatizzate, formazione di anticorpi e miglioramenti, talvolta anche stabili. È consigliabile usare tutti gli stipiti isolati, per la preparazione del vaccino.

Circoli viziosi. — Sono specialmente da combattere l'ipotiroidismo (somministrazione di tiroide) e l'anemia (acqua ferruginosa, fosfato di ferro, ecc.).

Grandissimo è il numero dei *medicamenti* proposti nell'artrite cronica e che l'A. riunisce secondo le affinità chimiche.

Aspirina. — La vendita annuale di un migliaio di tonnellate di aspirina in Inghilterra indica, al dire dell'A., che essa è utile. I suoi effetti principali sono quello di calmare il dolore e di diminuire la rigidità quando essa non sia prodotta da anchilosi o da aderenze. Il corso ulteriore della malattia non riesce influenzato direttamente, ma solo indirettamente permettendo al paziente di dormire e concedendogli un sollievo ai suoi dolori. Una parte del medicamento è decomposta nello stomaco, il resto si diffonde in tutto l'organismo; esso ha un'azione quasi specifica, di molto superiore a quella del salicilato di sodio; tale azione si esplica mediante cambiamenti nella tensione dei tessuti, e, quindi, con un rilasciamento dei vasi e dei nervi compressi.

Le ricerche di Hanzlik hanno dimostrato che l'aspirina altera la permeabilità di alcune membrane colloidali e provoca una ritenzione dei liquidi nell'organismo, con diminuzione del flusso urinario ed aumento di peso. Il fatto che essa, nei casi di idiosincrasia, può determinare urticaria ed edema generalizzato indica secondo l'A. che la sua azione sulle articolazioni è piuttosto periferica che centrale.

Antipirina. — Al pari delle sostanze dello stesso gruppo ha puramente effetto analgesico.

Solfo. — Non è facile comprendere il perchè lo zolfo possa essere utile nelle artriti croniche; è un fatto però che il suo uso ha ricevuto la sanzione di un lungo periodo di anni. Esso per la maggior parte, passa senza modificazioni nell'intestino e viene espulso con le feci, sicchè ha grande opportunità di agire sul contenuto intestinale. Sebbene inerte nelle associazioni organiche, esso reagisce prontamente con le proteine in ambiente alcalino e produce dei solfuri, che sono battericidi, irritanti e lassativi, dell'idrogeno solforato e dei composti solforati organici. Lo zolfo è qualche cosa di più che un antisettico intestinale; esso è un agente disintossicante, a causa della sua azione sui composti putrescibili delle feci. Esso è una specie di spazzino che modifica e distrugge i residui proteici; una certa parte passa poi nella circolazione probabilmente allo stato di solfuro. Non si ha però formazione di solfoemoglobina, nè presenza di solfuri liberi nel sangue. I solfuri compaiono poi nelle urine, ma la maggior parte dello solfo assorbito viene completamente ossidato e passa come solfato.

Quando si introduce lo solfo colloidale per iniezione, si hanno febbre e leucocitosi come conseguenza dell'azione reciproca non specifica fra le particelle colloidali iniettate e quelle dell'organismo.

Jodio. — Il valore clinico dei preparati jodici ha uno scopo ben delimitato. Alle dosi in cui lo jodio si somministra, la pretesa azione antisettica è trascurabile. Caratteristica dello jodio è la sua facoltà di immagazzinarsi, per cui rimane a lungo nell'organismo. Nei pazienti reumatici esso agisce, sia stimolando una tiroide difettosa e normalizzando la sua secrezione, sia accumulandosi accanto ai focolai infiammatori. Numerose sono le preparazioni jodiche, in alcune delle quali lo jodio è combinato con delle proteine, mentre in altre è unito ad acidi grassi.

Sostanze radioattive. — Il cloruro di radio può essere dato per bocca alla dose di 1/100.000 mg., parecchie volte al giorno; esso viene assorbito rapidamente e, dopo essere rimasto per un certo tempo nel fegato e nella milza, viene eliminato dalla parete intestinale. Durante il suo soggiorno nell'organismo esso subisce la degradazione nei così detti prodotti di degradazione.

Gli effetti più definiti consistono nella diuresi, nell'abbassamento della pressione e nel provocare una reazione locale attorno ai focolai infiammatori, reazione che nell'artrite cronica si manifesta con aumento di dolore e di gonfiore. Alla dose nominata, la reazione non si ha che dopo parecchi giorni; essa, poi, cessa ed è seguita da un effetto benefico.

Utile risulta anche la somministrazione di acque radioattive e di altre sostanze radioattive, quali il torio, il mesotorio.

Tiosinamina. — Introdotta in terapia da Hebra ed Unna; essa è poco solubile e viene quindi solubilizzata con il salicilato di sodio ottenendosi così la fibrolisina. Questa provoca una reazione diffusa con effetti sul metabolismo dimostrati dalla degenerazione grassa degli organi parenchimatosi ed aumento di eliminazione dell'azoto. Clinicamente, si hanno malessere e febbre seguiti in alcuni casi dalla risoluzione di infezioni localizzate e torpide, con diminuzione del tessuto fibroso e di altri tessuti infiammatori cronici. Un altro preparato di questa serie è la contramina, che provoca pure delle reazioni e si ritiene reagisca con i colloidi dell'organismo. La nostra conoscenza sul modo di azione di questi rimedii energici è scarsa ed il loro uso è da ritenersi per ora troppo avventato a meno che il paziente non possa venir continuamente controllato.

Acido jodossibenzoico. — Gli jodossibenzoati sono stati introdotti in terapia nel 1926 da Young e Youmans. Somministrati per bocca, danno malessere gastrico seguìto da sollievo del dolore articolare. Si danno per iniezioni endovenose (specialmente il sale di ammonio) e provocano leucocitosi polinucleare, con forte reazione: sudori, febbre, nausea e dolori addominali a cui segue un sollievo dei dolori articolari e dello spasmo associato. L'uso di questi rimedii però non è ancora raccomandabile.

Cincofene. — La popolarità di questo rimedio e dei suoi derivati (fra cui l'atophan) deriva dal fatto che essi tolgono il dolore, per cui essi possono rivaleggiare con gli stessi salicilati. Il suo uso è seguìto da aumento di escrezione dell'acido urico e da diminuzione dell'uricemia sanguigna. Il potere analgesico, però, non è limitato alle forme artritiche con elevati valori di uricemia; ad ogni modo, clinicamente, il loro uso non è giustificato quando vi siano altri modi di alleviare il dolore, tanto più che essi possono determinare itterizia, con gravi modificazioni epatiche. Non però in ogni caso, il fegato viene affetto.

Piperazina ed altri solventi dell'acido urico. — La piperazina quando viene aggiunta all'urina aumenta la sua capacità di sciogliere l'acido urico; i sali di litio aumentano il potere solvente dell'acqua sull'acido urico, ma nel siero e nell'urina l'eccesso di sodio annulla completamente l'effetto. È quindi del tutto improbabile che, nelle condizioni della clinica, queste sostanze possano agire sugli urati dei tessuti o del sangue. Anche se tale effetto fosse comprovato, rimarrebbe da vedersi se il paziente ne ritrarrebbe un beneficio.

La piperazina e l'acido timinico appartengono allo stesso gruppo farmacologico; il loro effetto clinico, se pure vi è, rimane quasi impercettibile nell'artrite cronica.

Esametilentetramina. — Essa non viene comunemente prescritta da sola nell'artrite cronica, ma essa entra nella composizione di molti preparati del commercio, fra cui l'urodonal. Nell'artrite cronica, il suo uso è basato, non già sul potere antisettico, ma su quello solvente dell'acido urico. L'effetto clinico sui sintomi e sul decorso della malattia non è manifesto. Dal punto di vista teoretico, si può pensare che la piccola quantità di formalina che si libera, vada nei focolai articolari infetti e nei focolai primari; ma si tratta di quantità minime che vengono subito fissate dalle proteine e non esercitano pertanto nessuna azione.

Più che altro il trattamento dei pazienti con artrite cronica va basato sullo studio accurato del paziente stesso, quale è stato delineato nella prima parte. *fil.*

Su di un caso di tubercolosi articolare subacuta.

(F. BEZANÇON, E. BERNARD, OUMANSKY e GAUCHER. *Bull et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 18 maggio 1931).

Gli AA. riportano un caso che mette in evidenza come la tubercolosi possa manifestarsi sulle articolazioni non soltanto sotto forma di poliartrite o di artrite subacuta o sotto forma di idrartrosi, ma ancora sotto un aspetto molto particolare di versamento puriforme simile a quei versamenti prolungati che si osservano nel pneumotorace terapeutico.

Si trattava di un malato di 22 anni che a 10 anni aveva sofferto di fenomeni dolorosi a livello dell'anca destra, dovuti ad una trocanterite che provocò la formazione di una fistola cronica malgrado il grattamento dell'osso; a 20 anni era stato colpito da un attacco di poliartrite con aumento di volume delle articolazioni colpite, durata un mese; due anni più tardi ammalò di una monoartrite del ginocchio sinistro, rivelata dai dolori, dalla difficoltà nella marcia e dalla tumefazione dell'articolazione. Una prima puntura della sinoviale rimase infruttuosa. Una seconda diede esito a qualche goccia di liquido citrino amicrobico. Dopo un mese la tumefazione aumentò ed una puntura permise di estrarre alcuni centimetri cubi di liquido puriforme amicrobico che, inoculato sotto la pelle di una cavia, tubercolizzò l'animale. L'affezione ebbe una evoluzione subacuta senza i caratteri del tumore bianco. Si trattava di una sinovite puriforme, ed una nuova puntura diede esito a liquido simile al precedente e che, come il precedente, tubercolizzò la cavia. I segni generali furono sempre discreti.

L'artropatia si è presentata dunque come una tumefazione di tipo reumatico, poi come una idrartrosi. La trasformazione del liquido citrino in liquido puriforme si è fatta insensibilmente senza aumento netto dei segni funzionali. L'esame radiologico non ha potuto mettere in evidenza lesioni dell'interlinea o delle estremità ossee.

In conclusione, il malato ha presentato a 10 anni una trocanterite che per i caratteri clinici bisogna considerare di natura tubercolare, a 22 anni una monoartrite che, clinicamente discutibile, è stata dall'esperimento dimostrata di natura tubercolare. Fra queste due manifestazioni si è intercalato un attacco di poliartrite acuta, di cui la natura non è stata mai determinata ma che merita, secondo gli AA., di essere riportata alla stessa causa.

Nella discussione seguita alla esposizione del caso clinico, L. Bernard mette in evidenza la possibilità che in un certo numero di casi di poliartriti del tipo reumatico acuto si possa verificare la presenza del virus tubercolare in qualche articolazione e l'efficacia caratteristica del salicitato di sodio. Circa il valore specifico della terapia salicilica, F. Bezançon, rispondendo a vari oratori, precisa che, pur non negando l'efficacia meravigliosa del salicitato di sodio nella malattia di Bouillard, egli pensa che non si possa parlare di un'azione specifica contro l'agente ancora ignoto della malattia, ma di un'azione benefica verso un tipo di reazione infiammatoria che si trova precisamente realizzato nel reumatismo articolare acuto, ma può manifestarsi anche in altre forme di poliartrite ed in particolare nella gotta acuta.

C. TOSCANO.

Artralgia endocrina.

(L. v. PAP. *Wiener klin. Wochenschrift*, 18 settembre 1931).

L'A. descrive un tipo particolare di artralgia, che colpisce le donne di una certa costituzione in occasione di disturbi della funzione ovarica nel climaterio, nella gravidanza e dopo interventi ginecologici.

I sintomi morbosi sono particolarmente manifesti al mattino e consistono per lo più in gonfiore, rigidità, dolorabilità e debolezza delle mani. I disturbi obbiettivi e subbiettivi possono alternativamente presentarsi e scomparire mediante le diverse ricerche (formula leucocitaria, velocità di sedimentazione, acido urico nel sangue, metabolismo basale, ecc.) si può escludere che si tratti di fatti infettivi od infiammatori, mentre può dimostrarsi che si tratta di disturbi circolatori e di stasi del sistema linfatico.

Il processo patologico sarebbe spiegabile da uno spostamento del sistema nervoso vegetativo nel senso della vagotonia, spostamento che sarebbe più forte nel sonno; da ciò il fatto che i fenomeni patologici sono più evidenti al risveglio. Non si conosce ancora quale parte possano avervi la minore funzionalità ovarica e le tossine o gli ormoni che si liberano e sensibilizzano il sistema nervoso vegetativo. Un'importanza decisiva è da attribuirsi alla costituzione.

La terapia consiste soprattutto nell'elevare il tono del simpatico mediante rimedî e stimoli fisici, specialmente meccanici, unitamente alla somministrazione di preparati organoterapici.

fil.

RICAMBIO.

Contributo di ricerche alla questione degli xantomi.

(R. CASAZZA e G. PELLEGRINI. *Arch. Istit. Bioch. Ital.*, maggio 1931).

Prima dei lavori americani di questi ultimi anni, era assiomatico il binomio « xantoma-ipercolesterinemia ». In campo patogenetico si ammetteva da molti AA. una speciale affinità per la colesterina (colesterofilia) di determinate cellule (cellule xantomatose) caratteristiche del processo morboso. E queste cellule vengono con sempre maggiore autorità riconosciute come elementi schietti del sistema reticolo-istiocitario.

In questi ultimi anni Wile, Eckstein e Curtiss hanno opposto che la colesterina ha solo un ruolo accessorio, secondario, talora perfino non necessario, nella genesi della xantoma. Essi infatti hanno visto che esistono casi rari, ma sicuri, di xantomi con tasso colesterinico normale ed anche al di sotto del normale. Inoltre Eckstein e Curtiss studiando in vari

casi, accanto alla colesterina, le altre sostanze grasse contenute nel sangue, hanno visto che sempre, anche con tasso di colesterina aumentato ed anche con tasso colesterinico normale, il tasso delle altre sostanze grasse complessive era fortemente aumentato. Mentre la colesterina totale sta nel sangue normalmente nel rapporto del 30 % rispetto al complesso delle altre frazioni lipiniche, nei casi di xantoma tale rapporto si mantiene al di sotto del 30 % essendo, anche nei casi con ipercolesterinemia, le altre lipine più fortemente aumentate.

E questo vale, non soltanto per le sostanze in circolo, ma anche per le manifestazioni cutanee, nelle quali sta in primo piano il contenuto in lipine totali rispetto alla colesterina presa per sè. La colesterina sta dunque in posizione secondaria ed al nesso « xantoma-colesterina » deve sostituirsi il nesso « xantoma-lipine ».

Sempre in campo etiologico, gli stessi AA. danno valore alle alterazioni epato-pancreatiche, come causa della iperlipemia e, riferendosi al diabete, insistono sul concetto che l'iperglicemia ed anche la semplice diminuita tolleranza all'ingestione di zucchero, in assenza di diabete conclamato ed anche di glicosuria, può avere alta importanza etiologica. Notando poi che gli stati patologici invocati per spiegare l'iperlipemia totale (causa dello xantoma) possono esistere senza che la iperlipemia a loro legata od anche semplicemente con loro coesistente, porti a detta manifestazione, mettono in evidenza che altre cause devono entrare in gioco, mentre non si devono dimenticare i fattori costituzionali anche ereditari, che talora si presentano con una costanza singolarissima. Gli stessi AA. inoltre hanno dimostrato la netta importanza della dietetica sia sul tasso lipinemico che sulle manifestazioni cutanee, così da poter affermare che diete acconciamente fissate possono portare alla scomparsa di forme xantomatose gravi, diffuse.

Gli autori hanno eseguito numerose ed accurate ricerche su di un caso di xantomatosi da loro osservato ed hanno potuto constatare che i dati da loro raccolti, per quello che riguarda le frazioni lipiniche ed il loro totale, collimano assai bene con le moderne vedute degli autori americani. Mancava invece nel loro caso ogni dato che potesse far pensare a quei moventi che la letteratura indica come i più invocati per spiegare l'alterato ricambio di grassi. Nulla infatti è risultato a carico della funzionalità epatica e nulla di consistente esisteva a sostegno di una etiologia da alterazioni endocrine: non esistevano segni di diminuita tolleranza alla ingestione di prova di idrati di carbonio. Notevoli erano soltanto la mancanza di lipasi nel siero ed un fattore dietetico (l'ammalato era un abituale ed eccezionale mangiatore di uova e di burro). Nulla risultava dal gentilizio.

Quanto al problema patogenetico, dal duplice punto di vista della causa della localizzazione in sedi determinate, per lo più estensorie, dello xantoma e del meccanismo intimo di formazione delle efflorescenze tipiche della malattia, gli AA., mettendo in evidenza le oscurità che ancora circondano tali quesiti, non credono di potere avanzare alcuna conclusione personale. C. TOSCANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI

G. QUARELLI. *Clinica delle malattie professionali.* Unione Tipografico - Editrice Torinese. Prezzo L. 70.

Eccellente manuale che compendia in modo chiaro e completo tutto quanto finora si sa sulle malattie professionali, opportunamente distinte in quelle da eccesso, della qualità, da ambiente, e da posizione da lavoro.

La descrizione della sintomatologia è chiara, l'interpretazione patogenetica svolta in modo convincente.

La parte editoriale è diligentemente curata: elegante la veste, nitidi i tipi, numerosissime le illustrazioni per la maggior parte a colori.

DR.

F. WOLFF. *Der Kranke und die Krankenversicherung.* Editore Lehmanns, Monaco. Prezzo M. 5.

Esposizione e critica della legislazione sociale tedesca ed in ispecial modo dell'assicurazione-malattia.

L'A. già noto per il suo precedente libro sulla libera scelta del medico, dimostra quali siano stati gli effetti pratici dell'assicurazione-malattia e quali pericoli esse minaccino se non sono profondamente modificate.

DR.

GIOTTO BIZZARRINI. *Il libro del Samaritano.* Un vol. di pag. 363 con 201 fig. e 5 tavole. Edit. R. Giusti, Livorno, L. 23.

Il nome del prof. Bizzarrini è largamente conosciuto per alcuni libri di Scienze Naturali per le Scuole Medie e per la sua opera di volgarizzatore della Scienza.

Anche questo libro presenta le doti che hanno determinato il successo delle altre opere dell'A., chiarezza di esposizione, contenuta in termini e in modi piani così da riuscire facile a chi impara per la prima volta.

In una sintesi felice sono raccolte tutte le nozioni che la legge 23 giugno 1927 prescrive per gli infermieri che aspirano alla abilitazione. Sotto questo punto di vista la trattazione è completa e pur senza esagerazioni nei particolari, ampia, chiara e largamente illustrata con figure ben scelte.

Il libro del Bizzarrini colma felicemente una lacuna della nostra bibliografia.

VALDONI.

I CONGRESSI DI MEDICINA E CHIRURGIA

XXXVII Congresso di Medicina Interna.

Bari 18-21 ottobre 1931.

(*Continuazione; vedi num. precedente*).

Seduta antimeridiana (21 ottobre).

Presidente: gen. medico Bernucci.

Rapporti fra malaria e tubercolosi nell'esercito.

Ten. col. med. Dott. V. De Bernardinis (Roma).

(*Conclusioni*).

Le conclusioni da trarre dalla complessa disamina dei rapporti fra malaria e tubercolosi fatta nella relazione, non possono costituirsi se non delle deduzioni che scaturiscono da ciascun gruppo di ricerche, che qui è bene considerare negli aspetti d'insieme con un brevissimo riepilogo.

Nell'Esercito italiano, nel 1928, fra i militari provenienti dalla divisione di Cagliari si ebbero eliminazioni, temporanee o definitive, in proporzione dell'11,57 per mille, per forme tubercolari, debolezza di costituzione e deficienza del perimetro toracico. Per la divisione di Torino, senza malaria, tale quota fu del 4,53 per mille. Anche per i giovani provenienti da altri territori divisionali malarici, complessivamente e particolarmente, si ebbero, in genere, eliminazioni in proporzioni molto superiori a quelle verificatesi per territori immuni da malaria.

Questi esempi, necessariamente limitatissimi in confronto dei dati riportati nella relazione, stanno a significare che non solo nei territori malarici la tubercolosi vi può essere più diffusa e avervi un decorso più severo, ma che la malaria impoverisce la razza, imprimendole deviazioni costituzionalistiche favorevoli alla diffusione della tubercolosi.

Il Relatore ha anche creduto opportuno di estendere la sua rassegna alle interferenze fra malaria, tubercolosi ed altre malattie, per ricercare indiretti segni intermediari dei rapporti fra le due infezioni. Ha messo così in particolare rilievo le significative sinistre influenze della malaria sulla polmonite ed altri fatti di notevole interesse.

Essendo ben nota la sfavorevole influenza del diabete sulla tubercolosi, occorre considerare che la malaria nelle sue fasi febbrili apporta una iperglicemia più elevata di quella che può aversi in altre febbri, e a volte anzi determina uno stato di diabete transitorio che può anche persistere ed evolvere, sia pur raramente, verso un vero diabete. Comunque la malaria turba decisamente provvidi equilibri umorali, come quelli fra colesterinemia e glicemia, il cui rapporto ha tanta importanza nel corso della tubercolosi.

La malaria fra l'altro determina gravi alterazioni anatomiche e funzionali delle capsule surrenali, tanto che sono perfino descritti casi di morbo di Addison di natura malarica. Attesa la normale etiologia di questo morbo, può ritenersi che la malaria ne sia favoreggiatrice. Il Relatore ha riportato al riguardo un caso di sua osservazione.

La febbre tifoide tende ad inibire la malaria, però nei malarici ha un decorso più grave. Essa di rado colpisce i cachettici e quasi mai i cachettici malarici. Per questi ultimi il Relatore non è riuscito a mettere insieme fatti e documenti che comprovino una simile resistenza alla tubercolosi.

Riguardo alla *cutireazione alla tubercolina*, il Relatore, nel brevissimo tempo di qualche mese assegnato a questo suo studio, è riuscito a raccogliere soltanto poche osservazioni. Ha già riferito nel corso della relazione su cinque infermi di malaria in fase attiva, tutti con cutireazione negativa. In questi ultimi giorni sono pervenuti i risultati di ricerche condotte su altri tredici militari con terzana benigna primitiva, e su cui è stata praticata la cutireazione subito dopo l'accertamento ematologico; per dieci si è avuto esito negativo e per tre debolmente positivo.

Quale che sia il valore da attribuire alla cutireazione e comunque debba essere inteso il fenomeno dell'allergia, il fatto è che la malaria, determinando stati di anergia o di ipoergia, si comporta come il morbillo ed altre malattie infettive, che notoriamente dispongono alla tubercolosi.

Il Relatore ha pure condotto speciali indagini per tentare di sorprendere eventuali fenomeni interferenziali nella intimità biologica, biochimica, umorale ed immunitaria di organismi nei quali si erano succedute la malaria e la tubercolosi.

Nel Sanatorio militare di Anzio è stato così studiato un gruppo di nove ammalati affetti da malattie tubercolari varie ed in diversi stadi. In sette la malaria, in forma acuta o cronica, risultava preceduta o associata alla tubercolosi in tempo recente, e per taluno con segni di attività immediatamente prossimi, in due invece la infezione malarica era più antica e con un lungo silenzio che poteva farla considerare ormai spenta.

Scopo delle indagini era quello di osservare se e fino a qual punto ed in quali casi e per quanto tempo esistessero o persistessero condizioni indotte dalla malaria che fossero da mettere in rapporto con quelle della tubercolosi in atto. Queste esplorazioni erano ancora più significative di quelle che si fossero potute stabilire nell'incontro e nella convivenza attiva delle due infezioni, poichè in questi casi si sarebbe dovuto interpretare ogni fatto rilevabile come esponente della maggiore o minore prevalenza, contingente e transitoria, di una delle due malattie a carattere dominante.

Nelle ricerche sono state considerate le alterazioni numeriche degli eritrociti, quelle dei leucociti, la determinazione dell'emoglobina, il valore globulare, le modificazioni della formula leucocitaria, le deviazioni dello schema neutrofilo di Arneth, la velocità di sedimentazione, la resistenza globulare, le variazioni dell'azotemia, della cloruremia, della glicemia, della bilirubinemia, la calcemia, la fissazione del complemento o reazione di Besredka secondo Calmette, la siero-reazione di Wassermann.

È risultato che la malaria non si rivela per alcun segno che potesse anche lontanamente interpretarsi come antagonistico con la tubercolosi. L'ammalato più grave era proprio uno che, da poco trasferito in sanatorio da un convelescenziario per malarici, aveva sofferta la infezione plasmodica in immediata e precedente coincidenza con la malattia tubercolare, che se ne dimostrava sinistramente influenzata. Per il resto si è avuta l'impressione che ogni soggetto, superato ormai

il danno indotto dall'incontro delle due malattie, seguisse una sua sorte, legata al genere della forma specifica e alla variabile reazione organica individuale.

Di più evidente chiarezza probativa si sono dimostrati i rilievi ottenuti dalla inchiesta sanitaria disposta dal Direttore della Sanità militare, tenente generale medico Umberto Riva. Da essa è risultato, con ogni certezza, che almeno in 135 su 680 casi di lesioni tubercolari del polmone in militari malarici era stata proprio e solo la malaria a mettere in evidenza, con indubitabile relazione da causa ad effetto, fatti specifici evolutivi, mai prima esistiti o, meglio, mai appalesatisi in soggetti robusti e sanissimi; onde è raggiunta la prova che la malaria può assumere il vero e proprio ufficio di rivelatrice della tubercolosi, favorendo superinfezioni endogene e diminuendo le difese organiche verso infezioni esogene.

Sebbene in questo studio siano apparse tante prove contro ogni possibilità di rapporti antagonistici fra le due malatttie, che invece si dimostrano sinergizzanti, pure nella relazione si tratta diffusamente della malarioterapia nella tubercolosi polmonare. Si è che questo novissimo mezzo curativo, al di fuori di ogni sanzione o controllo dell'alta scienza medica internazionale, è stato già attuato in due gruppi di pochi casi in Italia e fuori, con risultati detti assai incoraggianti. Si è voluto anzi vedere nella malaria una efficace stimolo-terapia antitubercolare per la sua azione sul sistema reticolo-endoteliale e per le reazioni che vi determina.

Nel suo lungo esame critico il Relatore crede di aver dimostrato come la malarioterapia debba essere respinta, sia per considerazioni empiriche e scientifiche, sia per quanto finora è dato conoscere sul meccanismo della sua azione, tanto più poi che la malaria offende ed induce in malattia, elettivamente, proprio il reticolo-endotelio e con esso le massime ghiandole di difesa dell'economia.

Per condensare in una sola proposizione le deduzioni che possono trarsi dalle sue ricerche, il Relatore conclude affermando che la *malaria può disporre alla tubercolosi, e può aggravarla, ove con essa conviva.*

* * *

Terminata l'esposizione orale della relazione, il Presidente dichiara aperta la

DISCUSSIONE DELLA RELAZIONE.

F. GALDI (Bari). — Ha l'impressione che l'esauriente relazione del colonnello De Bernardinis debba segnare un punto importante nella questione sulle eventuali interferenze fra tubercolosi e malaria, la quale si connette ad altre questioni simili, come quelle tra cancro e tubercolosi, cancro e malaria, ecc. Si tratta di apprezzamenti antichi, i quali si fondavano sopra un ristretto numero di osservazioni senza alcun controllo di indole scientifica.

Se oggi si consultasse ogni clinico ed ogni medico praticante in località malariche, si avrebbe un'univoca risposta negativa, come del resto risulta da tutta la relazione del De Bernardinis, confortata da dati statistici e da ricerche biologiche. Tutte le malattie acquistano un particolare andamento in organismi affetti da alcune affezioni croniche generali, come si diceva una volta per individui affetti da pellagra. Per la malaria si può concludere che essa non può in alcun modo favorire un benigno andamento della tubercolosi, tanto più che, essendo una malattia eminentemente anemizzante, rende l'organismo più sensibile all'infezione tubercolare. I malarici cronici, specie nelle zone profondamente malariche, sono generalmente dei minorati nell'evoluzione organica e quindi più disposti alla tubercolosi.

L'O., riferendosi all'iperglicemia dei malarici, cui ha accennato il Relatore, ricorda un suo lavoro clinico fatto in Sardegna a proposito del diabete nei malarici, e ricorda che il prof. Businco, il quale successivamente si occupò dell'argomento, riscontrò delle lesioni pancreatiche nei malarici. È facile comprendere come un diabete su fondo malarico possa favorire ed aggravare l'evoluzione della tubercolosi.

Per quanto concerne la terapia malarica della tubercolosi, l'O. osserva che bisogna farsi guidare nella terapia specialmente da criteri pratici e non da concetti teorici. La malarioterapia della tubercolosi è basata su idee puramente teoriche, in quanto dovrebbe tendere a circoscrivere il focolaio tubercolare mediante la stimolazione del sistema reticolo-istiocitario. Ora la pratica insegna come la malaria, con la sua ipertermia, sia spesso causa di emoftoe nei tubercolotici; e basterebbe questo solo fatto per mostrare molto pericolosa la malarioterapia antitubercolare.

P. POZZILLI (Roma). — Ha seguito con grande attenzione la bella relazione del col. De Bernardinis, esauriente in tutte le sue parti, e convincentissima nelle sue conclusioni, per la certa relazione d'interferenza tra la malaria e la tubercolosi.

Si permette di fare due osservazioni, che tramuterebbe in proposte — per la sua lunga permanenza in luoghi malarici — e cioè: 1) studiare se non convenga eseguire accertamenti sistematici all'atto di arruolamento dei giovani, per lo meno circoscritti a due punti: anamnesi e indice splenico; 2) studiare la istituzione di reparti speciali di tubercolotici-malarici (che abbiano cioè precedenti sicuramente malarici) nei sanatori antitubercolari militari, e dal punto di vista medico-legale e dal punto di vista sociale e terapeutico.

M. LANDOLFI (Napoli). — Si compiace della bellissima relazione e ringrazia per la larga citazione della paramalaria che gli appartiene e dei lavori della sua scuola. Riferisce sui lavori del de Arcangelis e del Verde ed insiste per conto suo sul suo metodo, modificato per la circostanza, per svelare la malaria latente nel decorso della tubercolosi, sostituendo alle iniezioni di bijoduro di mercurio le frizioni mercuriali. Infine ricorda che i fenomeni interferenziali, nel significato più preciso di inibizione a reazioni biologiche ed all'azione dei farmaci, appartengono ugualmente all'O. ed alla sua Scuola.

G. CARRERAS (Pisa). — Rilevando che il relatore ha richiamato l'attenzione sulle interferenze tra malaria e leucemia, espone i dati statistici della sua osservazione personale, dai quali risulta la notevole frequenza di una pregressa malaria tra i leucemici studiati, ed in base ai quali ritiene che debba tra le due forme ammettersi un rapporto etiologico, agendo l'infezione malarica probabilmente come causa predisponente della leucemia, in quanto prepari il terreno all'attecchimento ed all'azione dell'agente specifico o no di questa infermità.

A. CORBIA (Sassari). — Si richiama ad una personale casistica clinica riportata nella relazione, per aggiungere degli ulteriori dati scaturiti da nuove osservazioni recentemente eseguite, non perfettamente concordi con quelle riportate. Da queste infatti si potrebbe esser condotti ad attribuirgli la deduzione che il binomio malaria-tubercolosi non costituisca un'associazione capace di imprimere alla tubercolosi un andamento più rapido od almeno più grave. Consente che antagonismo biologico non esiste fra le due malattie.

Da una statistica condotta in Sardegna, e specie nella provincia di Sassari, pur consentendo alle inchieste statistiche in materia un relativo valore, quando siano basate soltanto sui freddi dati della mortalità e quando non consentano un'accurata osservazione e critica dei dati epidemiologici, ha ottenuto che in ogni singolo paese nessun particolare rapporto esiste fra mortalità per tubercolosi e mortalità per malaria. La coincidenza dell'alta malarizzazione e dell'alta tubercolizzazione in Sadegna gli pare dovuta ad impoverimento biologico determinato dalla malaria, ed in particolare dalle condizioni sociali di vita di cui entrambe le malattie risentono gli effetti. Ha studiato il comportamento allergico su 112 malati, malarici in atto batterioscopicamente accertati, con la cutireazione, trovando nel 51 % la cutireazione negativa, nel 21 % scarsamente positiva, nel 28 % positiva; da notare che in molti casi di cutireazione negativa si trattava di soggetti certamente tubercolizzati.

L'anergia o l'ipoergia, si sono protratte spesso per oltre due mesi.

Dall'esame radiologico di soggetti malarici cronici con alte splenomegalie non ha rilevato che in una scarsissima percentuale (4 su 20) un'accentuazione della trama broncovascolare dei polmoni.

Alcune decine di osservazioni cliniche recenti permettono all'O. di affermare che l'associazione malaria-tubercolosi consente alla malaria il suo normale decorso, mentre la tubercolosi può decorrere in ogni sua forma e; quando venga complicata da sopravvenuta malaria, possa esserne aggravata.

In conclusione, nell'associarsi della malaria e tubercolosi, il decorso di quest'ultima non è legato ad un unico e costante quadro di reazione biologica, ma invece pare che tragga particolare aspetto da un complesso di peculiari elementi costituzionali e sociali, variabili da caso a caso, e capaci di determinare in ogni singolo individuo una particolare reazione organica.

LUCIBELLI G. (Napoli). — Le ragioni delle interferenze tra malaria e tubercolosi rilevate dalle statistiche militari possono trovarsi principalmente nel fatto che nella scelta dei soldati vengono esclusi i microsplancnici che sono i disposti alla tubercolosi ed a questa scelta possono sfuggire solo rarissimi casi laddove i malarici latenti possono essere accolti al servizio più facilmente, in quanto che nel momento della leva non hanno evidenti manifestazioni.

In molti casi però noi possiamo osservare degli individui emaciati, con febbri serotine e sudori notturni, spesso con affievolimento del respiro apicale, che hanno la malaria in forma anomala, che per ragioni accidentali ha perduto la linea termica caratteristica. In questi casi la diagnosi differenziale è indispensabile.

A questo proposito l'O. desidera rendere omaggio prima ad un chiarissimo ufficiale medico dell'Esercito, al dott. Pasquale Tecce, il quale nel 1906, nella Clinica De Renzi di Napoli, eseguì per suggerimento dell'O. l'esame del sangue prima e dopo l'oftalmoreazione che in quel tempo era in uso.

Il risultato delle sue osservazioni fu molto apprezzato e diede agio di rendere veramente utile l'oftalmoreazione che fu poi sostituita più opportunamente dalla cutireazione. Egli trovò che nei casi di tubercolosi il numero dei leucociti aumenta costantemente dopo la prova diagnostica e tali risultati furono confermati alcuni anni dopo, dal dott. Chiaravellotti.

L'O. afferma poi di aver trovato un metodo facile e molto comodo per la diagnosi della tubercolosi.

Studiando la efficacia del siero di Marowski ebbe l'opportunità di osservare che le orine dei tubercolotici, messe in contatto per un'ora con un miscuglio emolitico, determinano emolisi, laddove nei non tubercolotici tale emolisi non avviene.

Queste reazioni, malgrado la loro semplicità e l'assoluta sicurezza (specialmente quella del Tecce) sono rimaste ignorate e niente affatto diffuse.

G. IZAR (Messina). — L'illustre oratore ha saputo condensare in brevi pagine tutte le nostre conoscenze su di un problema dibattuto e discusso, confermando in pieno, quanto già altre volte abbiamo tutti avuto modo di constatare, l'utilità di queste relazioni militari in seno alla nostra società.

Le conclusioni a cui giunge il relatore sulla grande influenza che l'infezione malarica pregressa viene a spiegare sul successivo impianto di una tubercolosi polmonare, conclusioni che egli trae da una acuta disamina delle statistiche militari e civili può, per quanto vale la sua modesta osservazione di studioso, trovare conforto nei numerosi esempi da lui raccolti in ben ventun anni di pratica in luoghi eminentemente malarici, quali la piana di Catania, le zone litoranee ovest della provincia di Messina, le zone litoranee del Catanzarese, da Paola a Gioia Tauro e da Guardavalle a Sibari.

Il confronto fra il numero dei casi di tubercolosi polmonare osservati in queste zone col numero dei casi osservati in zone limitrofe ma esenti da malaria: il confronto dell'andamento di queste forme tubercolari polmonari nelle due zone, portano ad affermare che senza alcun dubbio la malaria esplica una azione preparatoria alla tubercolosi polmonare, sia favorendone l'impianto sia aggravandone il decorso.

Parla di tubercolosi polmonare e non di tutte le altre forme di tubercolosi, perchè ben difficile sarebbe allora la valutazione del decorso data la particolare importanza che sul decorso di queste forme ha una terapia più o meno appropriata.

A proposito poi di statistiche, non è d'accordo con quanto ha affermato un precedente oratore che si debba prendere in esame la morbilità per tubercolosi polmonare piuttosto che la mortalità. Se la legge imponesse per obbligo la denuncia in tutti i casi di tubercolosi polmonare osservati, forse, e sempre con beneficio d'inventario, si potrebbe fare un relativo calcolo della morbilità; ma poichè la legge per ragioni ovvie non ritiene di annullare se non in particolari casi il segreto professionale, non sa proprio quali mag-

giori informazioni possano dare delle statistiche monche e parziali sulla morbilità di fronte alle statistiche, sempre parziali ma certo più veritiere, della mortalità per tubercolosi.

Rileva infine che la relazione dell'egregio collega colonnello De Bernardinis illumina di luce più fulgida l'opera saggia e previdente del Governo Fascista, il solo fra i governi degli Stati Europei che abbia saputo affrontare in pieno con la bonifica integrale e con la lotta a fondo contro la tubercolosi i due maggiori problemi di sanità sociale che interessano il nostro paese: problemi che non possono andare dissociati nè venire isolatamente aggrediti data la stretta interferenza e la stretta dipendenza.

P. Rizzelli (Poggiardo - Lecce). — Ha avuto occasione di osservare un caso molto grave di pleurite nell'emitorace di sinistra, insorto subito dopo un'infezione malarica.

Maragliano (Genova). — Fa rilevare l'importante contributo portato al Congresso con la relazione militare fatta dal col. De Bernardinis, col quale conviene nel ritenere una certa interferenza tra malaria e tubercolosi. Si congratula con il Relatore per la Relazione completa su tutti gli argomenti.

Cantani A. (Napoli). — Dopo quanto ha detto l'illustre senatore Maragliano, inutile riesce insistere nel voto di plauso da tutti attribuito alle autorità militari e al relatore che hanno preso parte a questo Congresso illustrando un così importante argomento quale è quello della tubercolosi e malaria. Si permette però di aggiungere poche parole per un doveroso riconoscimento già effettuatosi nell'ultimo Congresso di Bologna, riguardante il merito che spetta ai Militari per avere per i primi iniziato durante la guerra la lotta antitubercolare mediante la istituzione dei centri di accertamento militari che hanno funzionato e funzionano anche ora molto opportunamente. L'utilità del loro funzionamento nelle collettività disciplinatamente organizzate ne fa auspicare una più larga estensione anche nel ceto borghese. Egli presenta perciò il seguente ordine del giorno:

« Il 37° Congresso di medicina interna nel porgere il suo fervido saluto alle Autorità militari che hanno così validamente cooperato alla buona riuscita del Congresso, riconoscendo che precisamente ai Militari spetta il primato nella lotta antitubercolare che fu iniziata durante la guerra con l'istituzione dei centri di accertamento che ottimamente funzionarono e funzionano anche ora, esprime il suo voto di plauso alle Autorità militari con la constatazione che i migliori risultati si possono avere principalmente nelle collettività disciplinatamente organizzate, prendendo come punto di partenza il R. Esercito ».

Risposta del Relatore.

Il relatore riprende la parola per dichiararsi grato agli illustri interlocutori, oltre che dei benevoli apprezzamenti del suo lavoro, specialmente degli omaggi resi alla Sanità militare che ha l'onore di rappresentare nell'alto consesso.

Le deduzioni che egli ha tratte dal suo studio hanno trovato univoco consenso ed autorevole conferma nella discussione. Specialmente per l'alto giudizio di Maragliano e dopo la lucida disamina dei proff. Galdi e Izar, dovrebbe considerarsi come destituito d'ogni serio fondamento il preteso antagonismo fra malaria e tubercolosi, ma l'argomento merita ancora l'attenzione e lo studio dell'alta scienza medica, perchè siano ripresi in esame e risolti alcuni punti oscuri, sui quali diversi autori hanno condotte ricerche divergenti nei risultati, come, ad esempio, in quanto concerne il potere opsonico verso il bacillo tubercolare nei malarici. Egli, per questo, ha proceduto nella sua relazione per segnalazioni, allo scopo di porre in evidenza ogni elemento di dubbio o di controversia nella importante questione, il cui esame va ricondotto integralmente nell'ambito degli istituti superiori specializzati con le garanzie ed i severi controlli che solo essi possono offrire, mentre finora delle discusse interferenze non sono mancate interpretazioni troppo autonome e soggettive, le quali hanno condotto fino alla malarizzazione dei tubercolotici con vantato successo favorevole.

Al prof. Pozzilli il relatore fa presente che nell'Esercito i malarici sono diligentemente censiti e bonificati e che nel Sanatorio militare (ove per altro sono state condotte, per la più parte, le ricerche riferite in relazione) i malarici tubercolotici sono oggetto di tutte le cure e misure che richiedono le due infezioni nei vari stadi di ciascuna di esse.

L'O., rispondendo al prof. Landolfi, dice di essersi assai giovato dei suoi studi sulla paramalaria, entità morbosa che per suo merito è stata tratta con chiara e geniale definizione da incerti e crepuscolari confini. Ricorda gli studi di lui e della sua scuola, secondo i quali la paramalaria dimostra sulla tubercolosi influenze sinistre, determinando stati di anergia e favorendo deviazioni costituzionalistiche predisponenti.

Con il prof. Carreras il relatore insiste sugli impressionanti fenomeni interferenziali fra malaria e leucemia ampiamente riportati nella relazione.

Delle ricerche ed osservazioni del dott. Corbia l'O. ne ha già riportate alcune notevolissime nella sua memoria, senza per altro usufruirne nelle sue deduzioni, facendo esse parte di uno studio ancora in corso, il quale anche dalle dichiarazioni odierne si dimostra materiato di ricca casistica e di indagini varie di molto interesse. Non essendovi sostanziali dissensi, non c'è che da compiacersi del nuovo ricco apporto allo studio dell'argomento in questione.

Le dichiarazioni del prof. Lucibelli rappresentano anch'esse un personale contributo per nulla in contrasto con le deduzioni del relatore. In quanto alla reazione leucocitaria, che si manifesta in seguito all'innesto della tubercolina soltanto nei soggetti con lesioni tubercolari in atto, l'O. si compiace che sia stata autorevolmente rivendicata la priorità di tale osservazione ai medici militari Tecce e Chiaravellotti e che ne sia stata illustrata la pratica dimostratività.

La discussione ha portato al tema rapidamente una più grande chiarificazione e le conclusioni del relatore ne risultano rinvigorite, oltre che dagli alti consensi, dalla ricca messe d'osservazioni apportatavi da esimi interlocutori. Specialmente dal prof. Izar sono state illustrate magistralmente all'assemblea le constatazioni e le impressioni del suo lungo esercizio, in più zone ove dominano le due infezioni con evidente favoreggiamento delle forme tubercolari da parte della malaria. Di tali osservazioni, come di quelle degli al-

tri illustri interlocutori, l'O. prende atto, quale ascoltatore, per suo ammaestramento, non avendo su di esse nulla da eccepire ai confronti della sua esposizione.

L'O. infine rileva con profondo compiacimento la fervida rievocazione della lotta antitubercolare nell'Esercito fatta dal prof. Cantani e conclude con un caldo omaggio alla Società Italiana di medicina interna e al suo venerando Presidente Senatore prof. Maragliano, al quale porge con commosse parole, in deferente devozione, un ispirato saluto beneaugurante.

Seduta pomeridiana (ore 15).

Presidenza: prof. Galdi.

Comunicazioni varie.

Capocaccia (Genova). — *Ricerche sperimentali sullo sviluppo dell'adenocarcinoma del topolino trattato con gli ultrapeptoni omologhi.* — Comunica i risultati di alcune sue ricerche preliminari sul problema del valore antigene dei prodotti di disintegrazione della molecola proteica secondo gli studi di Gioni, Rebaudi e collaboratori i quali hanno dato, della specificità di quei prodotti, la prova biologica e sperimentale.

Ha ricercato se la inoculazione di ultrapeptoni derivati dall'adenocarcinoma del topolino fossero capaci di creare un movimento immunitario attivo verso l'innesto dello stesso adenocarcinoma. Ha trovato che un opportuno dosaggio di questi ultrapeptoni determina una regressione del tumore già sviluppato e ha una azione preventiva ben evidente così che i topolini preparati con iniezioni di ultrapeptone di adenocarcinoma non sono più recettivi per l'innesto successivo di adenocarcinoma. La regressione del tumore già sviluppato avviene per necrosi zonale e per connettivalizzazione a zaffo cosicchè il tumore regredito si riduce a un ammasso connettivale che racchiude, per un po' di tempo i residui necrotici del tessuto adenocarcinomatoso.

Cantani A. (Napoli). — Divide pienamente l'opinione espressa dal prof. Galdi circa la grande importanza che stanno assumendo questi studii il che fa pensare che si avranno in avvenire risultati splendidi. Ricorda gli esperimenti eseguiti a questo riguardo da Nello Mori con lo stesso indirizzo e con preparati abiuretici cui è stato dato il nome di isopatine. Poichè il Mori ottenne con gli stessi metodi buoni risultati anche in altre malattie infettive, ciò fa sperare che non solo per la cura dei tumori ma anche per altre infezioni questo indirizzo terapeutico potrà dare ottimi risultati.

Menniti (Genova). — *Raffronto fra il valore immunizzante degli antigeni polivalenti e quello dei loro singoli componenti.* — Da esperienze eseguite per il rilievo del movimento immunitario dagli antigeni monovalenti in confronto ai polivalenti e dal raffronto dell'azione svolta dai singoli antigeni costituenti un antigene polivalente, l'O. può giungere alla conclusione che lo stimolo che determina un antigene neoplastico monovalente, è maggiore di quello che determinano antigeni dello stesso tipo (come tumore e sede) raggruppati assieme a formare un antigene polivalente.

L. Sivori (Genova). — *Valutazione delle energie reattive organiche sotto l'influenza dell'ultrapeptone neoplastico.* — Per poter interpretare i miglioramenti che inducono nei carcinomatosi, gli ultrapeptoni neoplastici introdotti sotto cute o endovena, ho saggiato i sieri degli ammalati prima della cura e durante il periodo di trattamento.

Ho potuto rilevare che effettivamente man mano che vengono inoculati sotto cute o endovena gli ultrapeptoni, si stabilisce un movimento reattivo organico che si palesa con un progressivo aumento delle attività fermentative dei sieri.

Questo atteggiamento immunitario assunto dall'organismo trattato si rende più evidente e speciale nella sua intensità quanto più i fenomeni generali di tossiemia si vanno attenuando.

Nei casi nei quali l'evoluzione del processo neoplastico non subisce arresto ed i fatti di decadimento organico si accentuano, non è dato mai rilevare il sopracitato movimento immunitario.

Questi rilievi consentono di ammettere che il quantitativo delle attività fermentative sta ad indicarci il grado della partecipazione difensiva utile verso le formazioni etereotipiche che assume l'organismo malato.

A. Cantani (Napoli). — Non può che fare plauso alle osservazioni del prof. Sivori. Poichè dalle ricerche del Weichorich e di numerosi autori risulta dimostrato l'effetto stimolante benefico della proteinoterapia e del Centanni quello dei desintegrati, egli fa notare che anche se non specifica questa terapia in individui sensibilizzati deve dare ottimi risultati. Circa la spiegazione dell'incremento che viene dato alla formazione di fermenti proteolitici specifici, spetta al prof. Sivori, antesignano delle ricerche sugli enzimi, la massima considerazione per queste teorie che vanno assumendo sempre una importanza maggiore.

Prof. Carossini (Firenze). — Riferisce sopra 26 casi di ammalati carcinomatosi trattati con ultrapeptoni disintegrati e precisamente su 21 casi di carcinoma gastrica; 3 casi di carcinoma della mammella; 2 casi di carcinoma dell'utero (portio). Tutti questi casi, estremamente gravi, e che non presentavano alcuna possibilità di cura chirurgica hanno avuto trattamento di U. P.

Questo consiste in iniezioni quotidiane sottocutanee di un cent. cubico di U. P. praticata in 3-4 punti della superficie anteriore dell'addome o del torace, intervallate da altre endovenose, del medesimo preparato. Nei neoplasmi aggredibili dall'esterno (mammella, collo dell'utero) furono anche praticate iniezioni direttamente nel tumore, contemporaneamente alle iniezioni sottocutanee ed endovenose.

La terapia ultrapeptonica nei 26 casi trattati non ha mai dato luogo a reazioni generali di alcun genere. Localmente si verifica solamente una certa modica dolorabilità per 15-20 minuti.

I risultati ottenuti sono stati i seguenti:

1) In tutti i casi trattati (100 %), anche nei più gravi, si ebbe un periodo di miglioramento susseguente alle prime 20-25 iniezioni. Tale miglioramento è transitorio e scompare poi se il caso è estremamente grave, ma si verifica sempre. Specialmente si verifica il ritorno dell'appetito, anche nei casi di grave anoressia, ed un senso di euforia che presenta il malato.

2) Nei 21 casi di carcinoma gastrica st ebbero a verificare 9 morti — entro un periodo che andò da 1 mese ad oltre 6 mesi — 2 rimasti allo stato stazionario dopo il periodo di miglioramento sud-

detto: 8 migliorati notevolmente tanto nelle condizioni locali che generali e si possono nutrire anche con cibi non sempre consoni alla forma morbosa.

3) Nei 3 casi di carcinoma delle mammelle recidive in sede e nel cavo ascellare di cui 1 caso anche con metastasi vertebrale si ebbe 1 deceduta per fatti diabetici e due migliorate.

4) Per i carcinomi del collo dell'utero: entrambi migliorati.

Ritiene che occorre estendere le applicazioni ad un maggior numero di casi però meno gravi di quelli trattati fino ad oggi ed estendere a casi di carcinomi operati per studiarne le eventuali recidive dopo l'intervento.

FIGARI (Genova). — *Ulteriori dati sperimentali e clinici sulla terapia immunizzante delle neoplasie.* — L'O. ringrazia anzitutto i vari sperimentatori per i contributi sperimentali e clinici portati al problema del significato immunologico dei prodotti di disintegrazione della molecola proteica, problema di cui l'O. se ne occupa ormai da ben 10 anni. Oltremodo importante è apparsa infatti la comunicazione del prof. Carossini; di recente l'O. ha avuto notizia che anche in un caso di epitelioma cutaneo, trattato a Roma, oltre al miglioramento clinico evidente, fu notata la comparsa di un'infiltrazione cellulare prevalentemente linfocitaria, nei preparati dell'ultimo esame in confronto con la prima biopsia.

LATERZA (Mola). — *Importanza e valore della vaccinazione preventiva e curativa Maragliano.* — Da lungo tempo l'O. ha esperimentato la vaccinazione preventiva e curativa Maragliano. Tiene ad affermare i risultati confortanti da lui ottenuti in tutte le forme polmonari ed extrapolmonari.

E. PEKELIS (Firenze). — *Azione dello scarico all'esterno, mediante fistola, dei succhi del canale digerente sull'insufficienza renale assoluta sperimentale.* — L'O. ha eseguito esperimenti di estirpazione bilaterale dei reni in cani portatori di fistola gastrica con interruzione del piloro o di fistole della cistifellea con legatura del coledoco, allo scopo di vedere quale influenza poteva esercitare la evacuazione totale di questi succhi sull'andamento e l'evoluzione dell'uremia ed ha veduto in complesso che la ritenzione negli animali controllo era molto più rapida ed arrivava a cifre molto più alte negli animali provvisti di fistola, i quali presentavano anche un quadro clinico molto più mite degli altri.

P. POZZILLI (Roma). — *Le applicazioni della fitoterapia e meccanismo d'azione.* — Si è trattato di riprendere in esame il campo dei prodotti vegetali, le cui applicazioni in clinica *(fitoterapia)* sono inesauribili, mirabili e indiscusse, ma purtroppo poco studiate.

E si son visti i risultati, per esempio, della mirtillina e della galeggina sull'azione *antidiabetica*, delle fumariacee (corydalis formosa) e delle papillonacee (ononis spinosa) sul fegato e sul rene come azione decongestionante e come azione diuretica ecc.

Il ricambio vegetale è perfettamente analogo a quello animale; la vita è *una* in tutte le sue esplicazioni, ed i processi che la regolano sono identici, seppure varie ne sono le forme.

E poichè i processi fondamentali sono gli stessi nella cellula animale e in quella vegetale, è da concludere che le piante siano dotate di una provvista doviziosa di ormoni catalizzatori.

* * *

Esaurite le comunicazioni iscritte all'ordine del giorno, il Presidente della Società Italiana di Medicina Interna, sen. Maragliano, rilevò l'ottimo esito del Congresso sia per il numero degli intervenuti da tutte le parti d'Italia sia per l'importanza degli argomenti trattati e delle discussioni sorte. Elogiando la magnifica organizzazione del Congresso si congratulò poi vivamente con il Presidente del comitato organizzatore prof. Galdi e con i suoi collaboratori. Propose infine l'invio di telegrammi al Duce, a S. E. Giuriati e a S. E. Di Crollalanza.

* * *

A sede del prossimo Congresso è stata fissata Roma.

I temi posti all'ordine del giorno sono:

Le Amebiasi.

Le Epatiti croniche (in comune con la Società Italiana di chirurgia).

L'Ipertensione.

A. POZZI.

XXX Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia.

(Milano, 18-21 ottobre 1931).

Congresso molto affollato, ricco di numeri extraufficiali, però anche questi unenti l'utile al dilettevole. Così la gita con tè a Ville d'Este, se ci fece godere qualche ora sul lago di Como, fu però preceduta dalla visita al centro di assistenza provinciale di Milano e dalla visita alla nuova maternità di Como, la gita a Bergamo e San Pellegrino ci fece rigustare il pranzo offerto dalle Terme, ma fu preceduta dalla visita dell'ospedale moderno grandioso di Bergamo. Ogni giorno non mancarono distrazioni dunque, ma ci furono sempre delle visite istruttive; così alternammo i ricevimenti al Circolo accademico del Littorio e del Comune di Milano con le visite all'Asilo Regina Elena per gravide legittime, ai Centri Assistenziali dell'O. N. M. I. e all'Istituto grandioso del Cancro. Con tutto ciò sedute sempre affollate, perfino l'ultima; ognor viva la discussione, diretta sempre dall'Alfieri, così alacre e onnipresente da non restare nulla da fare ai due vicepresidenti nominati dall'Assemblea (Clivio e Gaifami).

L'inizio del Congresso fu dedicato alla commemorazione di Mangiagalli, in cui memoria venne scoperta un'opera marmorea di delicata composizione, dovuta al Minerbi, raffigurante la maternità; molti i discorsi delle Autorità ivi convenute, esaltanti l'opera dello scomparso.

PESTALOZZA tenne poi un rapido discorso inaugurale, impostando sinteticamente la ragion d'essere dei due temi principali di discussione.

ALFIERI illustrò il lavoro svolto dal Comitato ordinatore segnalando sopratutto la esposizione di strumenti, di apparecchi, di medicinali ottimamente organizzata nelle sale della clinica ed in

gran parte riassunta in un bellissimo volume dato a tutti i soci: « La Clinica ostetrica moderna »; la ditta Giuliani offrì la guida di Milano del Touring; Piccinini per la casa Zoia dette a tutti una medaglia con l'effigie del Mangiagalli; inoltre si impegnò a finanziare l'aggiornamento della « Italia ostetrica », grazie alla collaborazione di VIANA e di VOZZA. Questi, attivissimo segretario del Congresso, si moltiplicò davvero per accontentare tutti... comprese le signore, numerosissime in tutte le gite...

Bene elaborata, su personale esperienza e su larga letteratura la relazione di ALFIERI:

Sugli esiti immediati e remoti delle operazioni conservatrici nelle annessiti.

Essa fu seguita con interesse e piacere da tutti grazie alla abilità del Relatore.

I molti che presero la parola portando il loro contributo (D'ERCHIA, DE GRISOGONO, MARTINOLLI, MALCOVATI, DELLE PIANE, BERTINO, GAIFAMI, ecc.), in fondo convennero nelle direttive di massima del relatore affermanti che la cura operatoria ha la sua ragion di essere nelle forme spente e nelle forme subacute per ridare la capacità lavorativa alle donne che non possono usufruire troppo a lungo di cure medico-fisiche; convennero anche nel ritenere dimostrata la possibilità di conservare, senza danno, talora la funzione mestruale, talora la stessa potenza generativa. Fu anche illustrata la ragione di qualche insuccesso funzionale nei riguardi della fecondità in quanto viene talora canalizzata una tromba di cui è impervia per es. la porzione interstiziale.

In questo breve resoconto non è possibile riassumere quanto fu detto sviscerando i vari multiformi lati del problema; così pure dicasi per la seconda relazione del COVA:

Sull'aborto provocato.

Questa relazione, con la successiva discussione, ci tenne occupati oltre due sedute, sia nella disamina dei motivi medici, sia nella delibazione del problema generico, impostato già da Pestalozza nel discorso inaugurale, sulla liceità religiosa dell'aborto procurato.

Padre GEMELLI prese vive le difese della più rigida intransigenza, ma non potè essere seguito dai soci, non dimentichi dei doveri di medici e coscienti che, se è possibile molte volte curare la donna gravida di questa o quella complicazione, ce ne sono purtroppo ancora che rendono necessario l'increscioso sacrificio del feto, che del resto andrebbe in ogni modo perduto, se si lasciasse morire la madre senza nulla tentare.

Degli estranei alla Società intervennero nella discussione: FERRATA, CARPI, BESTA, BRUSA, ecc.; fra i nostri presero la parola, oltre al PESTALOZZA, MICHELI, ALFIERI, MONTUORO, MARINUCCI, MIRTO, BERTINO, GAIFAMI, GENTILI, BOLAFFIO, DOSSENA, DELLE PIANE, MASSAZZA, RUSSO, VOZZA, ecc.

Una intera mattinata fu pure quest'anno dedicata ai

Problemi assistenziali.

Il MICHELI, rappresentante con D'ORMEA dell'O. N. M. I., vi espose delle cifre confortanti sulla attività finora svolta e indicò le vie che l'O. N. si propone di seguire; fu sopratutto illustrata la efficacia dei Consultori ostetrici, sulla cui attività in Milano riferì PALMIERI; BRUSA accennò alla importanza di una migliore difesa dei prematuri, il cui numero pare tenda ad aumentare donde la imponenza del problema.

VILLA distribuì una ricca pubblicazione sull'Asilo Regina Elena per le madri povere legittime.

GAIFAMI ripresentò la proposta della creazione di Ostetrici consorziali, per ovviare alla inevitabile insufficienza tecnica della maggior parte dei medici e alla insufficienza della profilassi, segnalando la opportunità che gli attuali consultori dell'O. N. si trasformino in modo da avere anche una efficacia curativa oltre che profilattica.

Fra le varie raccomandazioni portate nella discussione, segnaliamo quella dell'EVOLI, che si preoccupava della ineguale distribuzione delle provvidenze dell'O. N. nelle varie regioni, restando ancora poco aiutate proprio quelle che per condizioni locali di minore ricchezza, di minore comprensione, sarebbero le più bisognose.

E di tale voce si tenne conto anche nell'ordine del giorno finale nel quale si votarono plausi al R. Commissario dell'O. N. ed ai suoi collaboratori per la benefica e multiforme attività esplicata finora, ma si aggiunse l'auspicio che, con l'aumento dei mezzi disponibili, si potessero prendere in considerazione pure i bisogni delle regioni ancora deficientemente attrezzate nell'assistenza alle Maternità e all'Infanzia.

Dato lo svolgimento delle relazioni, dato il daffare extraufficiale, poco tempo restò per le comunicazioni individuali, non inerenti al tema; ci limitiamo qui ad elencarne i titoli (1).

Prof. STRASSMANN P. (Berlino): « Ristabilimento vaginale del cavo uterino arterioso mediante l'impianto della tromba » (illustrazione con film); prof. STRASSMANN P. (Berlino): « Riunione operativa vaginale di utero bifido » (illustrazione con film); prof. COVA E. (Palermo): « Parto spontaneo a termine dopo operazione di Strassmann »; prof. BOLAFFIO M. (Modena): « La radioterapia pre-operatoria del cancro del collo dell'utero »; prof. VERCESI C. (Sassari): « Appunti di tecnica e casistica sull'isteropessi Alfieri »; prof. SANTI E. (Udine): « Per la costruzione di una vagina artificiale »; prof. VIANA O. (Verona): « Qualche osservazione sulla prova di Friedmann per la diagnosi di gravidanza »; prof. GIAVOTTO G. (Sassari): « Una osservazione di placenta increta »; dott. CARBONE M. (Cosenza): « Contributi alla sinfisiotomia sottocutanea »; prof. MOMIGLIANO E. (Roma): « Ricerche biochimiche sull'utero gravido ; dott. MARINUCCI D. (Napoli): « Primi tentativi di razionale oncoiatria »; prof. ROSSI D. (Napoli): « Sarcoma in utero tre volte cesarizzato »; prof. GUSSO A. (Senigallia): «Il metodo di Baldy-Dartigues per la cura delle retrodeviazioni uterine ed i pericoli lontani che ne possono derivare »; prof. AMATI G. (Pavia): « Ovotestis blastomatoso o blastoma dell'epitelio germinativo »; dott. NORDIO A. (Trieste): « L'operazione radicale vaginale Schauta-Stoeckel. Esperienza dei primi tre anni »; dott. TAGLIAFERRO P. (Trieste); « La legatura delle vene nella pioemia puerperale »; prof. MAURIZIO E. (Padova): « Cinque anni di ormonterapia nel campo ginecologico »; dott. LENZI G. e dott. PELLIZZARI C. (Padova): « Sull'uso di due nuovi preparati nel cam-

(1) Un più esteso cenno sul loro contenuto, come pure più estese notizie sulle Relazioni si possono vedere nel N. 11 della *Clinica Ostetrica*, 1931.

po Ostetrico ») (gravitolo e Erbolin); dott. DEBIASI E. (Padova): « La prognosi del carcinoma uterino trattato con radium in rapporto all'età della paziente »; prof. ABRUZZESE G. (Firenze): « Isoagglutinine del secreto vaginale »; dott. DE MARIA: « L'azione dell'estratto tonsillare con speciale riguardo alla funzione ovarica »; dott. DOGLIOTTI V. (Genova): « Considerazioni sul trattamento di 25 setticemie puerperali coll'ascesso di fissazione »; dott. ROFFO L. (Genova): « Carcinoma mammario in gravidanza »; dott. BARNABEI D. (Genova): « Rilievi e controlli sulla reazione di Manoiloff »; dott. CONTARDO G. B. (Genova): « Influenza della castrazione ovarica sulla riserva alcalina »; dott. MARINUCCI D. (Napoli): « Su due casi di fibroma uterino. Tecnica nell'asportazione e considerazioni sulla diversità della sintomatologia »; dott. MARCONI E. (Modena): « Ricerche sulle radiazioni mitogenetiche »; prof. COLOMBINO C. (Milano): « Considerazioni sulle vie di accesso di calcoli dell'uretere pelvico »; dott. GROSSI G. (Milano): « Le modificazioni dell'ovaio, delle sue funzioni e le modificazioni uterine dopo sezione del nervo presacrale nella cagna »; dott. GARRASI G. (Modena): « La nostra esperienza sull'uso del pernocton in ostetricia »; dott. MEDA C. e prof. ORLANDI N. (Milano): « Adenomioma cistico dell'utero »; prof. CATTANEO L. (Milano): « Del *parto alla Delmas* »; dott. SILVA C. (MILANO): Su 150 casi di narcosi rettali con l'avertina »; dott. VITALI M. (Milano): « L'esame oftalmoscopico come contributo alla diagnosi differenziale tra nefropatia gravidica e nefrite complicante la gravidanza ».

Alla fine del Congresso ALFIERI fu acclamato nuovo presidente della Società, con PESTALOZZA e BERTINO, vice-presidenti; MICHELI resta l'inamovibile e necessario segretario; BOMPIANI resta cassiere.

Il nuovo Congresso si terrà a Palermo nella seconda metà di ottobre 1932. Temi: « Le celiotomie vaginali » (prof. BERTINO); « Gli ormoni ovarici » (prof. ACCONCI).

p. g.

ACCADEMIE E SOCIETA' MEDICHE

III Convegno della Società Italiana di Anatomia.

A Palermo dal 12 al 15 ottobre, si sono riuniti per il solito Convegno annuale i Soci della giovane e fiorente Società italiana di Anatomia.

Sono presenti moltissimi degli Anatomici italiani. Ha portato il saluto della città l'on. Podestà; successivamente hanno rivolto parole augurali il prof. CALANDRA per la Federazione provinciale e per il Sindacato degli intellettuali, il Magnifico Rettore, il Preside della Facoltà; Sua Ecc. il Prefetto ha inaugurato i lavori nel nome di S. M. il Re.

Il presidente del Comitato, prof. E. LUNA, dopo di avere volto il saluto ai Congressisti ed agli aderenti, molto numerosi, ha accennato al rapido fiorire della Società anatomica, il che dimostra che sono nell'equivoco tutti coloro i quali pensano che l'anatomia, esaurito il campo della sua attività indagatrice, debba circoscriversi nei limiti angusti, per quanto nobili, dell'insegnamento. Soffermandosi a guardare il problema centrale, scientifico e filosofico, dell'attività degli studiosi di anatomia, in quanto essa mira a determinare la posizione dell'uomo nella natura, per risalire da questa determinazione a quei concetti etici che sono essenzialmente legati alla nostra vita spirituale, l'O. accenna alla dottrina dell'evoluzione. Questa negli ultimi anni ha vacillato per difetto non della dottrina ma del metodo seguito dalla maggior parte degli anatomici. Passando poi all'esame dei numerosi legami che uniscono l'anatomia agli altri rami delle scienze mediche, l'O. si intrattiene sulla dottrina delle costituzioni, sullo studio dell'uomo vivente e sull'anatomia radiologica.

Il prof. A. C. BRUNI (Parma) svolge la sua relazione sulla *morfogenesi degli organi epiteliali derivanti dall'intestino branchiale.* L'O. dimostra quali sono le varie maniere nei diversi vertebrati di formarsi degli organi a secrezione interna del collo, e si occupa della possibilità, per alcuni degli organi in questione, di sostituirne, nella funzione, altri artificialmente o accidentalmente distrutti, cosa questa di grandissima importanza anche per le applicazioni pratiche. Nel cane, secondo PUGLIESE, parte delle glandole paratiroidi possono completamente sostituire la glandola tiroide nella sua funzione, assumendo anche una struttura molto simile a quella della tiroide iperfunzionante.

Non è possibile riferire sulle comunicazioni, circa ottanta, fatte dai diversi Soci, e che si riferiscono a tutti i campi dell'Anatomia e della Istologia, del Costituzionalismo e dell'Anatomia radiologica.

Molte comunicazioni hanno interesse pratico. Ricorderemo: SESTINI, su di un caso di cieco altoposto; ARGENTINO, sul nervo presacrale; RINDONE, sui legamenti peritoneali accessori; COVA, sulla porzione pelvica degli ureteri; BAIRATI, sulla concrescenza tra gangli linfatici e glandole salivari; PACE, sul nodo sinusale della talpa; BURRUANO, sul meso reno-ureterale e su di una anomalia dei vasi renali; CIULLA, sulla vascolarizzazione dell'ipofisi; MALATO, sulla innervazione della membrana interossea; ALLARA, sulla vascolarizzazione della lingua; PORSIO, sulla innervazione dell'aponevrosi palmare; FAZZARI, sulla vascolarizzazione dei nuclei del cervelletto. Il prof. G. CHIARUGI riferisce sull'organo subcommissurale in un embrione di Marsupiale, illustrando le importanti ricerche personali con molte diapositive. Risulta da tali ricerche che anche nei Marsupiali esiste quest'organo misterioso ed ha una lunghezza maggiore che in altri cranioti.

* * *

Nella seduta del 13 ORZALESI riferisce sulla radice sensitiva del trigemino, MAXIA, MONASTERO, PORSIO; il prof. MANNU, descrive le prime fasi dello sviluppo dei rettili, portando interessanti contributi sull'argomento; COLLICA, riferisce sopra un caso di lombarizzazione della quinta; OCCHIPINTI sull'evoluzione del tessuto peridurale; NICOLETTI sui nuclei di ossificazione della colonna vertebrale e sul comportamento del tessuto elastico della laringe nei prodotti del concepimento. Presentano altre comunicazioni FAZZARI, SAVAGNONE, BIANCHI.

Il prof. LEVI svolge la sua relazione sul *substrato istologico della senescenza.* Dopo di aver parlato della presenza del pigmento nelle cellule nervose, delle modificazioni del tessuto elastico nel cuore, del comportamento delle fibre muscolari del vecchio, l'O. riferisce sui risultati ottenuti dal Dogliotti sul muscolo cardiaco. Per questo A il con

nettivo perivasale ed il connettivo reticolare non aumenta. Le fibre muscolari aumentano dal neonato sino al 25° anno e poi gradatamente il calibro di esse va diminuendo con l'età. L'O. parla inoltre delle modificazioni del fegato e del tessuto reticolare di questo importante organo, accenna alle modificazioni di altri organi, come mammelle, tiroide, imputabili però alla diminuita attività funzionale anzichè a vera senescenza. Interessante è lo studio del comportamento del rene, dell'intestino e del fegato nell'età avanzata. L'O. ricorda inoltre le ricerche interessanti di Carrel e il comportamento delle cellule coltivate in vitro secondo che queste siano messe in contatto con siero embrionale. Il prof. LEVI è attentamente seguito nell'interessante relazione la quale suscita una vivace discussione alla quale pigliano parte i proff. CHIARUGI, LUNA, MANNU ed altri. Riferiscono ancora OLIVO, ELETTO, GOZZANO, DI LORENZO. Il prof. DELLE PIANE parla dell'Anatomia radiologica della sinfisi pubica in gravidanza.

Nella seduta del 14 riferiscono LAMBERTINI, RONDININI, PILATI, CARDONE, BALDI. Il prof. CASTALDI riferisce i risutati di alcune ricerche sul problema della prolificità e costituzione: l'argomento molto importante suscita un'ampia discussione, alla quale pigliano parte i proff. L. GIUFFRÈ, LUNA, GOZZANO. Altro argomento costituzionalistico è stato trattato dal prof. M. BARBARA, svolgendo il tema *Cranio e costituzione*. L'O. espone i risultati delle sue ricerche che portano alla istituzione di un metodo metrico il quale permette la catalogazione costituzionalistica dei cranii. Alla discussione che segue prendono parte i proff. CASTALDI, LUNA, MANNU. Riferiscono ancora FAZZARI, AIELLO, SPOTO, ELETTO, SESTINI (per il prof. Salvi), CERAMI ed altri.

A chiusura dei lavori viene designata Pavia come sede del 4° Convegno. C.

Associazione Medica Triestina.

Circolo di Coltura del Sindacato Fascista Medici.

Riunione scientifica del 20 ottobre 1931.

Presidente: dott. A. COFLER.

Costituzione e malattia. (Conferenza).

Il prof. BENEDETTO MORPURGO, direttore dell'Istituto di Patologia generale della R. Università di Torino traccia rapidamente, dalle sue origini lo sviluppo del concetto di costituzione individuale e rileva come questo, nato nella remota antichità, ben delineato da Ippocrate, è stato poi deformato e ridotto in confusione, in modo da destare una reazione negatrice. Il maggiore errore fu nella compilazione degli elenchi di malattie esclusivamente cagionate da mancanze od abnormità della costituzione dell'orgnismo: le cosidette malattie costituzionali. Man mano che la scienza medica progredì e furono messe in evidenza dall'anatomia patologica le localizzazioni dei morbi nelle regioni (Morgagni), poi negli organi (Bichat e la sua scuola) e finalmente negli elementi dei tessuti (Virchow) ed ancor più quando si scopersero le cause microparassitarie di molte malattie, la rubrica delle malattie costituzionali si assottigliò fino a scomparire ed il concetto della costituzione individuale come fattore importante per la patologia andò in disuso. Il risorgere di questo concetto è stato faticosamente aiutato dalle indagini morfologiche da prima sul cadavere (Benecke), poi sul vivente (De Giovanni-Viola) ed ha dato luogo alla creazione di tipi di costituzione, i quali vennero connessi con determinate tendenze morbose. Dopo questa rinascita il concetto della disposizione patologica individuale ritornò quale essa era stata intuita da Ippocrate, essendosi però purgata da quegli errori che dipendevano dalle dottrine umorali.

Attualmente nessuno più dubita che la frequenza, la forma ed il decorso di molte malattie dipende in parte dalla costituzione della persona malata ma non pochi ritengono che le caratteristiche morfologiche individuali non assegnino in modo assoluto una destinazione patologica nell'individuo, ma rappresentino indizii di maggiore o minore vicinanza a quel tipo ideale che corrisponderebbe all'organismo perfettamente adattato all'ambiente nel quale vive.

Rileva ancora l'importanza dell'eredità per la costituzione, ma si accosta a coloro che ritengono in particolari casi possibile l'insorgere di caratteri nuovi per l'azione di fattori esterni sulla sostanza germinale ed a questo proposito insiste sull'azione dell'alcool e delle irradiazioni Röntgen sulle ghiandole sessuali.

Infine chiude il suo discorso mettendo in evidenza come lo sviluppo della dottrina della costituzione individuale è rinata ed ha incominciato a fiorire principalmente per opera della biologia sperimentale ed invoca quella collaborazione fra i biologi ed i medici che sola può mantenere sulla giusta via la speculazione teorica e l'esercizio della pratica. *Il Segretario*: Dott. WINTERNITZ.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Seduta del 2 settembre 1931.

Presidenza: Prof. G. PIERI, Presidente.

Sulla eosinofilia familiare.

Dott. M. DALLA PALMA. — L'O. riferisce un caso di ipereosinofilia studiato e seguito a lungo nella R. Clinica Medica di Padova. Si trattava di una malata con una vaga sindrome dolorosa addominale riportabile clinicamente al quadro dell'ulcus duodeni, e presentante come alterazione ematologica isolata una linfocitosi oscillante dal 16.400 al 32.000 con una eosinofilia dal 43 al 75 %.

Tutte le numerose ricerche istituite per documentare il fattore eziologico di una tale eosinofilia, riuscirono vane.

Vane le ricerche dei vari parassiti intestinali (tenia, anchilostoma, ameba, lamblia, ecc.) dell'echinococco, della trichina e di parassiti nel campo uro-genitale.

Vano il tentativo di riportare, come qualche A. ha recentemente voluto, il reperto a una insufficienza splenica.

Anche le difficili ricerche condotte su circa una cinquantina di parenti diretti e collaterali della paz. non hanno potuto nè dimostrare ma neppure escludere il fattore costituzionale ereditario, pur osservandosi anche fra di loro una eosinofilia assai diffusa, ma assai meno intensa.

L'O., pur senza averlo potuto documentare, pensa però che per il proprio caso, fra le varie eziologie dell'ipereosinofilia, quella parassitaria da causa ignota possa essere la più probabile e a tutte le varie denominazioni proposte preferisce per essa quella di familiare che, mentre ne definisce il tipo di distribuzione, non ne compromette il criterio patogenetico.

Sulla lombalizzazione della prima vertebra sacrale.

Dott. F. CUCCHINI. — L'O. ha ricercato su circa 500 radiogrammi di colonne lombosacrali la rappresentazione di quella anomalia di differenziazione regionale del rachide che va col nome di lombalizzazione del primo metamero sacrale, e la ha riscontrata in 8 casi (in questi cioè le vertebre lombari invece che 5 erano 6, per il distacco, parziale o totale, della 1ª vertebra sacrale).

Egli pensa che si possa parlare di lombalizzazione della prima vertebra sacrale solo quando da un radiogramma eseguito con tecnica appropriata (l'O. consiglia di radiografare il sacro riducendo quanto più è possibile la lordosi lombare) risulti la riduzione monolaterale o bilaterale dei forami sacrali, e altrettanto si dica delle masse laterali del sacro.

La cosidetta sacralizzazione è molto più nota della lombalizzazione, sia perchè questa sfugge più facilmente (specie nelle immagini radiografiche che non comprendono tutta la colonna lombare), sia perchè la sacralizzazione si accompagna spesso a disturbi dolorosi, dovuti o a stiramento delle radici nervose, sia a processi osteoartritici localizzati.

Ma anche la lombalizzazione può provocare disturbi di carattere sensitivo, e cioè un dolore gravativo ai lombi che cede col riposo in posizione orizzontale: l'O. l'ha constatata in 7 degli 8 casi osservati.

Egli pensa che per la cura di questi disturbi, siano essi dovuti alla sacralizzazione come alla lombalizzazione, non sia necessario ricorrere a interventi chirurgici (sinostosi alla Albee o alla Hibbs), ma possa esser sufficiente praticare cure fisiche (diatermia, cure termali) e cure mediche dirette alla attivazione del ricambio.

Prof. LAPENNA. — Richiama l'attenzione sull'importanza che ha la constatazione di anomalie morfologiche rachidee ed osserva che forse in molti casi più che l'accertamento di una determinata anomalia ha importanza la constatazione generica di una malformazione in quanto non di rado questa si accompagna ad altre malattie e specialmente alla calcolosi urinaria e ne costituisce allora la spia.

Dott. CUCCHINI. — Conferma di avere osservato in più casi la coesistenza di lesioni dell'apparato urinario con vizii di diffrenziazione del rachide.

Su un caso di tumore polmonare di difficile interpretazione clinica.

Dott. SCHEPIS. — L'O. descrive un caso di epitelioma primitivo del polmone interessante da vari punti di vista.

Si trattava di un soggetto di giovane età (34 anni), minatore, che da 5 anni soffriva di tosse con scarso catarro, lieve febbre serale con sudori notturni, astenia, segni di abbondante versamento pleurico, sintomi tutti che fecero pensare a una pleurite tubercolare. L'esame dell'espettorato era però negativo per il bacillo di Koch.

La toracentesi fu ripetutamente praticata fino alla morte del paziente, che avvenne in seguito a insufficienza cardiaca, preceduta da edema del volto più accentuato a sinistra e da disfagia.

L'O. mostra il polmone prelevato all'autopsia: esso è occupato da un tumore grosso più di un pugno, a struttura microscopica di epitelioma di origine bronchiale, senza metastasi nella pleura (il versamento era dunque dovuto a compressione vasale).

Interventi sul sistema nervoso per cistite tubercolare.

Prof. G. PIERI. — L'O. che per il primo praticò la resezione del nervo presacrale nella cistalgia da cistite tubercolare, presenta un paziente (il quarto del genere operato) nel quale egli ha ulteriormente perfezionato il processo operatorio.

Si tratta di un uomo di 59 anni, che da 3 anni soffriva di tubercolosi del rene destro, con sintomi esclusivamente vescicali (pollacuria vivamente dolorosa). La scarsa secrezione ureica del rene sinistro controindicava la nefrectomia.

Il 9 febbraio fu praticata la resezione del presacrale e del primo ganglio sacrale d'ambedue i lati. Seguì miglioramento notevole: la minzione, che prima si verificava ogni 15 o 20 minuti, si ripeteva ad intervalli di circa un'ora e scarsamente dolorosa. Però dopo alcune settimane i dolori ricomparvero, meno vivi di prima e con la caratteristica che dal perineo si irradiavano alla punta dell'asta.

Il 1° aprile fu praticata la resezione bilaterale del nervo pudendo interno (ramo profondo) per abolire la innervazione sensitiva dell'uretra posteriore.

Seguì miglioramento grande, che si mantiene alla distanza di oltre 6 mesi: la minzione è ancora molto frequente (circa ogni mezz'ora), ma essa non è affatto dolorosa.

L'intervento sulla innervazione vescicale nella cistite tubercolare non è diretto solo contro il sintomo dolore: è verosimile che colla resezione del simpatico si ottengano una ipotonia dello sfintere, che agevola la funzione del detrusore, e una vasodilatazione che favorisce la resistenza dei tessuti contro gli attacchi del processo tubercolare.

Rene soprannumerario con uretere a sbocco vaginale. Ureteroneocistostomia.

Prof. G. PIERI. — L'O. presenta una ragazza di 20 anni che fin dalla nascita presentava stillicidio continuo di orina dai genitali, il che non le impediva di avere anche delle minzioni spontanee.

L'esame obbiettivo dimostrava che lo stillicidio proveniva da un forellino situato 3 millimetri dietro il meato uretrale; normale il reperto cistoscopico.

L'esame radioscopico dopo iniezione di liquido radiopaco nel forellino mediante catetere ureterale (che si arresta a 12 centimetri dall'orificio) dimostra corrispondere ad esso un uretere che si dirige verso la regione lombare sinistra ove termina in un bacinetto. Il cateterismo dell'uretere sinistro attraverso la vescica dimostra che l'uretere sinistro termina in alto in una pelvi situata più in basso di quella corrispondente all'uretere a sbocco vaginale.

Se ne deduce l'esistenza di un grosso rene a doppia pelvi e doppio uretere, o, più probabilmente, di un doppio rene a sinistra.

Il 27 febbraio per via translaparatomica si individua l'uretere soprannumerario e, sezionatolo alla base, si impianta nella vescica. Decorso postoperatorio normale.

Ora, a oltre 7 mesi dall'operazione, le condizioni sono normali: 3 o 4 minzioni al giorno, orine limpide.

Dott. G. LOCATELLI, *segretario.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Una rara complicanza della pertosse: l'emorragia meningea.

Dott. LUIGI CAPALDO.

Alcuni anni fa è capitato alla mia osservazione un caso, che, per la sua rarità, mi sembra degno di essere ricordato.

Trattavasi di un ragazzetto di 8 anni, tal Ric... Giovanni, da S. Agata Feltria, il quale, da una ventina di giorni circa, era affetto da pertosse; gli accessi del male, frequentemente accompagnati da vomito, si erano venuti man mano facendo più frequenti e più gravi, con non poco disturbo del piccolo paziente; sinchè alla sera precedente, in uno di essi, era stato improvvisamente colpito da un violentissimo dolore al vertice del capo, con subitanea perdita di coscienza.

Dopo poco il ragazzo aveva ripreso i sensi, e non aveva accusato altro disturbo, tranne una lieva cefalea; ma al mattino seguente i genitori avevano assistito allo stabilirsi di uno stato soporoso e all'improvviso manifestarsi di convulsioni, per le quali stimarono opportuno far ricorso all'opera del medico.

Status praesens. — Ragazzo di anni 8 di costituzione scheletrica regolare, di colorito bruno con facies tipicamente pertussoide, con lieve cianosi delle labbra e dei pomelli.

Cranio di volume normale, con bulbi oculari sporgenti ed iniettati e pupille disuguali, ma reagenti.

Torace di forma cilindro-conica, simmetrico, con fosse sopra- e sotto-clavicolari e spazi intercostali spianati: fremito vocale tattile rinforzato, suono plessimetrico chiaro, respiro aspro con ronchi e sibili su tutto l'ambito polmonare.

Cuore nei limiti, toni netti; secondo tono aortico alquanto rinforzato.

Temp. 37,5. P. 80. R. 22. Addome trattabile indolente.

Sistema nervoso:

Sopore, decubito a cane di fucile, alle domande il piccolo paziente risponde stentatamente accusando cefalea al vertice.

Dermografismo evidente, leggero Kernig a destra, riflessi tendinei accentuati.

Mentre visito l'infermo si pronuncia l'accesso convulsivo, che non è generale, come erroneamente mi avevano riferito i famigliari, ma strettamente interessante il solo arto superiore destro, che è sede di contrazioni cloniche di ritmo frequentissimo, mentre l'arto inferiore destro e entrambi quelli dell'opposto lato non partecipano affatto ai movimenti convulsivi.

Si pratica la puntura lombare, la quale dà esito a liquido cerebro-spinale francamente emorragico; con il saggio delle tre provette esso mostra dipendere non da accidentale puntura dei vasi, ma da vera e propria emorragia meningea.

Il decorso ulteriore del caso, contrariamente a quanto si poteva presumere, fu assai benigno; le convulsioni di lì a qualche giorno più non si ripetettero, e in una diecina di giorni circa, il quadro morboso si attenuò e scomparve, avendosi completa *restitutio ad integrum*, senza che dopo di allora il ragazzo, ormai giovanetto, abbia accusato alcun altro disturbo.

Sufficientemente chiara adunque la diagnosi di emorragia meningea sintomatica: tale accidente, per lo passato ritenuto assai più raro e più grave, è stato in questi ultimi anni di frequente citato come complicanza delle più svariate malattie (em. men. sintomatica) e anche come accidente intervenuto spontaneamente; all'infuori, cioè, di ogni condizione morbosa (em. men. essenziale).

Esso non è stato mai citato però come possibile complicanza della pertosse, per quanto sia noto che in tale malattia si hanno spesso emorragie dal naso, dalle mucose, dalla cute.

Sono esse sempre e solo dovute all'aumento della pressione vasale durante l'accesso? Il Neurath, trattando della pertosse nel trattato di pediatria di Pfaundler e Schlossmann, se ne mostra dubitante.

Comunque, lasciando in sospeso tale quistione, il mio caso offre alcune peculiarità che mette conto di rilevare.

1) La sede atipica del dolore iniziale, che nei casi di em. men. viene di solito risentito, in modo assai brusco, alla nuca, tanto da far sospettare al Michon che la lesione vasale sia, nella massima parte dei casi, spinale.

2) Il manifestarsi delle convulsioni jacksoniane localizzate al solo arto superiore destro, il che fa ammettere una irritazione della zona rolandica. È noto infatti come non sempre l'accesso jacksoniano rispecchi una lesione o irritazione della zona motrice, potendo dipendere da lesioni di altre zone della corteccia, vicine o lontane. È lecito invece ritenere colpita la zona motrice, quando esse sono strettamente localizzate a un gruppo muscolare e, se pure nel susseguente decorso morboso si diffondono ad altri gruppi o anche agli arti del lato opposto, pure iniziano sempre dai muscoli per prima colpiti.

3) La presenza di un lungo intervallo di tempo tra il dolore iniziale e il prodursi degli altri sintomi; quest'intervallo, che Petit chiama « lucido » è dovuto al tempo necessario al formarsi di un coagulo capace di esercitare una sufficiente compressione; esso è breve

nelle emorragie gravi e assai più lungo in quelle modeste, dovute a rottura di piccoli rami vasali; al fatto che trattasi solitamente di piccoli vasellini è dovuto in tali casi l'esito fausto, malgrado l'imponenza del quadro morboso iniziale.

RIASSUNTO.

L'A. tratta di una rara complicanza della pertosse: l'emorragia meningea sintomatica. Il caso conferma ancora una volta la prognosi favorevole, che può farsi in tale accidente ed è notevole per la presenza del periodo di lucido intervallo, per l'accesso jacksoniano tipico, che lo ha accompagnato, per la sede non comune del dolore iniziale.

BIBLIOGRAFIA.

NEURATH. *Pertosse*, in PFAUNDLER e SCHLOSSMANN, *Trattato di Pediatria*.

ASCOLI. *Emorragie meningee spontanee.* Policl., Sez. Med., 1905-06.

FOLLET e CHEVREL. *Hémorragies sous-aracnoidiennes spontanées des jeunes-gents.* Gaz. des Hôp., 1910.

MICHON. *Le coup de poignard rachidien.* La Presse Méd., 1928.

CAVALLETTI. *Emorragie meningee sintomatiche ed emorragie meningee spontanee.* Policl., Sez. Prat., 1930, fasc. 31.

SEMEIOTICA.

Sintomi remoti di adenomi tiroidei non riconosciuti.

K. Gilman e Kay (*The Americ. Journ. of the medic. sciences*, settembre 1930) osservano che vi sono malati di adenoma tiroidei in cui per anni non si riesce a fare la diagnosi, perchè mancano i segni classici delle malattie tiroidee e persino il metabolismo basale non è alterato. In questi ammalati il sintoma più frequente è il « nervosismo » che non ha il tipo che suole avere nelle tirotossicosi, perchè non è come nelle tirotossicosi nettamente obiettivo, ma è soggettivo e consiste in uno stato di tensione nervosa e senso di apprensione, tanto che molti di questi malati erano stati classificati come nevrastenici.

Una metà di questi malati era stata messa nella categoria dei cardiopazienti per il facile affanno da fatica. In qualcuno c'era anche ipertensione, in altri ipotensione.

Meno frequenti in questi malati furono i disturbi a carico dell'apparato digerente; ma in qualcuno erano così imponenti che si era fatta diagnosi di colecistite e colite e anche di sprue. Fra i sintomi meno frequenti c'erano la perdita di peso e il tremore delle dita. La frequenza del polso molto raramente ha raggiunto gli 80 al 1'.

R. LUSENA.

CASISTICA E TERAPIA.

La sindrome dolorosa dell'angina di petto e le precordialgie.

E. Periti (*Cuore e circolazione*, sett. 1931) ricorda l'opinione di Grocco secondo cui il volere riunire l'angina di petto coronarica e la psuedoangina nevritica è come il mettere insieme emorragia e rammollimento cerebrale. L'angina di petto, invece, va considerata come una sindrome, una forma tutta clinica che si ha in casi di coronarite come in quelli di nevrite cardiaca, al pari dell'emiplegia che si ha in casi di emorragia ed in quelli di rammollimento cerebrale.

L'A. esamina largamente il problema dal punto di vista dell'eziologia, delle alterazioni anatomiche, della sintomatologia e della patogenesi e riferisce i risultati da lui ottenuti in alcune ricerche riguardanti le modificazioni ortocardiografiche in individui ipertési lievemente scompensati.

Egli osserva che le precordialgie da insufficienza del ventricolo sinistro possono riconoscere come causa l'ipertono che si costituisce nel miocardio per la pressione arteriosa aumentata; e quindi logico il pensare che l'ipertono possa essere almeno una delle cause capaci di determinare le precordialgie. Si possono così modificare i nostri concetti sull'angina pectoris ed ascrivere a quest'ultima non soltanto gli accessi più drammatici, ma anche tutte quelle dolenzie degli ipertési, che si manifestano specialmente di notte od in altre circostanze della vita e che determinano un aumento della pressione arteriosa.

Evidentemente, altri fattori possono determinare la sindrome dolorosa dell'angina pectoris: l'aortite, la coronarite, la nevrite del plesso cardiaco. L'ipertono può essere una delle cause; questa veduta ha il vantaggio che si possono così riunire tutte le sindromi dolorose, dall'accesso classico e mortale alle semplici sensazioni di lieve costrizione al precordio, così facili a riscontrarsi negli ipertési. In tal modo, si può fare accogliere al paziente con maggiore serenità d'animo la diagnosi di angina pectoris (considerata come sindrome) ed il medico può avere la soddisfazione di potere intervenire terapeuticamente in alcune forme di angina. *fil.*

Il trattamento del collasso.

E. Holzbach e E. Kottlors (*Münch. med. Wochens.*, 22 maggio 1931) hanno fatto degli studi per trovare un rimedio adatto a combattere gli stati di collasso. Tale rimedio deve favorire il ritorno del sangue venoso, dal serbatoio splancnico al cuore e deve agire anche come stimolante cardiaco, assicurando un efficace svuotamento del cuore durante la sistole. L'adrenalina e l'efedrina hanno l'effetto periferico senza un'azione cardiaca diretta;

ad ogni modo, la seconda agisce più lentamente ma più a lungo della prima. L'aggiunta di pituitrina (o come la chiamano gli AA. vasopressina) aumenta maggiormente la durata dell'effetto, mentre la strofantina possiede l'azione centrale (cardiaca) desiderata.

L'unione di questi medicamenti fu dapprima provata su animali, in cui si induceva il collasso mediante istamina, peptone, arsenico, tossine batteriche.

La formula finale è la seguente: Adrenalina mg. 0,001; Vasopressina unità 0,05; Strofantina mg. 0,003; Efedrina mg. 0,1. Tali dosi servono per ogni Kg. di peso. Il rimedio è preparato in fialette, ognuna delle quali è adatta per un paziente di 60 Kg. Il contenuto della fiala si diluisce in 10 cmc. di soluzione fisiologica o di glucosio e si inietta molto lentamente nelle vene.

Gli AA. ne descrivono i risultati clinici in pazienti con varî tipi di collasso grave; si ebbere effetti favorevoli sul polso, la temperatura delle estremità, il colorito; le condizioni generali migliorarono immediatamente. Gli effetti durano per alcune ore; la iniezione può, in seguito, essere ripetuta. *fil.*

L'estratto pancreatico nella ipertensione.

Frey e Kraut asseriscono di avere scoperto nel pancreas un ormone (padutina) che avrebbe per effetto di ridurre la pressione sanguigna, dilatando i capillari. W. Scharff (*Deut. med. Wochens.*, 17 aprile 1931) riporta le sue osservazioni su malati trattati dapprima con la dieta ed altri sussidi terapeutici. L'estratto venne somministrato per iniezioni endomuscolari a dosi di 1/2-2 cmc. In casi di ipertensione essenziale senza sintomi di lesione renale, l'effetto fu favorevole, sia nel senso di abbassare la pressione, sia nel combattere la cefalea, il ronzio auricolare ed altri sintomi. L'A. ritiene che esso sia più efficace degli altri rimedii finora usati. Esso, invece, non ha effetto sulla pressione *fissata* dei casi di sclerosi renale maligna. Probabilmente, in questi, l'alta pressione ha un effetto compensatorio ed è necessaria per mantenere le funzioni circolatoria e renale. *fil.*

Applicazioni terapeutiche dell'estratto pancreatico desinsulinizzato.

L'estratto pancreatico privo di insulina, osserva N. Kisthionios (*Wien. Klin. Wochenschr.*, n. 19, 1931), è indicato in tutte le forme di angina pectoris: sia in quelle da sforzo che in quelle da decubito. Non esistono controindicazioni. Le dosi devono essere sufficientemente alte: si praticano per 15-20 giorni iniezioni endomuscolari giornaliere di 40 unità ciascuna. In casi inveterati è talora necessario ripetere più serie, con intervalli di due settimane. Il rimedio agisce sul sistema nervoso vegetativo.

Buoni risultati si ottengono anche in casi di ipertonia del climaterio: risultati talvolta ottimi, altre volte nulli, nella ipertonia cronica che si accompagna ad alterazioni patologiche spiccate dei vasi o a nefrite cronica. Si praticano per 20 giorni di seguito, 1-3 iniezioni al giorno, iniettando giornalmente 20-40, talvolta fino a 60 unità.

Anche in molti casi di endoarteriti obliteranti le iniezioni di estratto pancreatico deinsulinizzato, purchè protratte per molto tempo, danno risultati ottimi; altri casi sono invece refrattari al rimedio. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA

Studi sperimentali sulla genesi del catarro da raffreddamento.

Schmidt e Kairies (*Deut. Med. Woch.*, 32, 1931), hanno sistematicamente uniformato con appositi termometri la temperatura della mucosa della bocca, tra l'ugola e la tonsilla di sinistra. Facendo ispirare l'aria fredda, e poi inghiottire del caffè bollente, si misura il potere di raffreddamento e di riscaldamento delle mucose che, nei vari individui reagiscono assai diversamente.

Anche la mancanza delle tonsille è di grande importanza per la temperatura della mucosa.

La sensibilità al freddo e agli stimoli meccanici varia di soggetto in soggetto; e talora la mucosa risente di stimoli lontani (acqua fredda sui piedi). In complesso gli AA. danno la massima importanza alla difficoltà da parte della mucosa di recuperare la sua temperatura normale dopo l'azione di uno stimolo freddo; il freddo determina uno spasmo vasale e questo a sua volta diminuisce i poteri di resistenza, di fagocitosi della mucosa.

V. SERRA.

Sull'eziologia delle angine a reazione monocitaria.

Friedemann e Elkeles (*Deut. Med. Woch.*, n. 26, 1931), dopo aver rapidamente passato in rassegna i vari tentativi batteriologici fatti allo scopo di stabilire l'etiologia delle angine monocitarie, riferiscono sulle loro lunghe indagini; risulta da queste che per una buona parte, almeno, dei casi, si trova un abbondante reperto di spirilli e di bacilli fusiformi allorchè si vada ad esaminare, non l'essudato tonsillare, ma direttamente la mucosa al disotto di questo: il reperto è stato così abbondante e frequente da poter senz'altro escludere che si trattava di una infezione secondaria.

D'altra parte l'angina di Plaut-Vincent dà anch'essa una reazione linfo-monocitaria delle più evidenti: e infine, nelle angine a reperto fuso spirillare, l'arsenobenzolo, per via endovenosa a piccole dosi (0,15) o in soluzione glicerica per pennellazioni (3 %) ha dato dei risultati ottimi.

Gli AA. ritengono quindi che una parte almeno delle angine monocitarie sia etiologicamente identica all'angina di Plaut-Vincent; e, tenendo conto della sintomatologia che le accompagna, parlano di « forme gravi » di angina di P. Vincent.

Questo concetto non vale per tutte, giacchè in un certo gruppo di angine il reperto batteriologico è stato negativo, la terapia salvarsanica inefficace, mentre utili si sono dimostrati gli sciacqui con sublimato all'1 ‰, 15 gocce in un bicchiere d'acqua più volte al giorno.

L'etiologia è quindi differente: ma il quadro sintomatico ed ematologico non muta cosicchè, in complesso, dobbiamo ammettere che non esistono elementi chimici che ci permettano di differenziare le forme d'angina con associazione fusospirillare da quelle senza.

V. SERRA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Cambiamento di colore dell'acqua di pozzi tubolari. Al dott. U. B. da M. d. P.:

L'inconveniente da lei lamentato dell'acqua proveniente da pozzi tubolari che diventa rossastra e macchia la biancheria è, purtroppo, abbastanza frequente ed è talora tale da rendere l'acqua stessa del tutto inadatta al consumo. Esso è dovuto al fatto che tali acque contengono dei sali di ferro tenuti disciolti dall'anidride carbonica. L'acqua che si estrae è limpida, ma man mano che l'anidride carbonica si viene liberando, precipita l'ossido idrato di ferro, che colora l'acqua e lascia un deposito rossastro. Gli inconvenienti da ciò derivanti sono parecchi: lo stesso aspetto dell'acqua, talvolta ripugnante, il sapore spesso disgustoso, le macchie rossastre sulla biancheria, il colore nerastro quando si fanno cuocere i fagiuoli, per formazione di tannato di ferro (inchiostro).

Tale fatto non si verifica per i pozzi ordinari aperti, perchè in essi l'anidride carbonica si libera continuamente e l'ossido idrato di ferro (se vi è nell'acqua) precipita al fondo del pozzo.

La presenza di sali di ferro tenuti disciolti dall'anidride carbonica è indipendente dalla profondità della falda, tanto è vero che si trovano acque con ferro a 7-8 metri di profondità, mentre ne sono prive quelle di pozzi a 100-150 m.; in generale, la profondità è una condizione sfavorevole perchè la pressione maggiore facilita la soluzione dell'anidride carbonica.

Generalmente l'inconveniente si verifica in larghe zone, in cui però la ricchezza in ferro (e, quindi, l'accentuazione o meno dell'inconveniente) varia anche a brevi distanze; vi sono poi regioni in cui non si ha affatto.

La correzione di tali acque non è molto difficile. Il dispositivo più semplice è la *botte di Dunbar*: un botticello, tenuto in piedi, a cui si toglie il fondo superiore ed in cui si mette della sabbia non troppo fina; su di essa, si fa cadere da un certa altezza l'acqua in pioggia, come viene dalla pompa (mediante una cipolla da annaffiatoio); l'acqua, cadendo, abbandona l'anidride carbonica e quindi l'ossido di ferro precipita e rimane nella sabbia del filtro; al basso della botte defluisce l'acqua depurata. Tutti i sistemi deferrizzatori sono fondati su tale principio. Nel suo capoluogo di provincia, l'acqua per la distribuzione cittadina viene deferrizzata.

Per togliere le macchie dalla porcellana, usi un po' di acido cloridrico diluito; per toglierle dalla biancheria una soluzione di acido ossalico diluito lavando poi subito.

fil.

VARIA.

Ancora sulla rarità del cancro in Egitto.

È argomento di cui ha parlato Pierre Delbet alla seduta del 20 ottobre dell'Académie de Médecine, presentando una relazione di Schrumpf-Pierrou. La questione era già stata dibattuta: i due A.A. avevano in una precedente seduta messo in evidenza la rarità del cancro in Egitto e messa in relazione tale rarità con la povertà in magnesio della terra Egiziana. Contro questa loro affermazione erano stati pubblicati vari lavori statistici, tendenti a comprovare come il cancro non fosse affatto raro in Egitto. P. Delbet attacca ora queste statistiche, fatte, egli dice, con poca serietà e molto superficialmente da uomini che hanno trascorso in Egitto poche settimane mentre importanti a considerarsi sono quelle date dai chirurgi ed anatomo-patologi colà viventi.

Ora, per esempio, nel servizio oftalmologico dell'igiene pubblica si ebbe la proporzione di un tumore maligno sopra 52.000 pazienti. La statistica del reparto medico dell'ospedale israelita dà 29 cancri su 4945 malati ospitati in quattro anni.

Wolff odontoiatra al Cairo, non ha osservato in 17 anni che 8 carcinomi dei mascellari cioè la percentuale di 0,03 %.

Guth, dermatologo, stima a 0,2 % la proporzione degli epiteliomi cutanei in rapporto ai malati che egli ha curato.

Da tutto ciò l'A. conclude dicendo di essere rimasto al disotto della verità quando aveva detto che il cancro in Egitto è dieci volte meno frequente che in Europa. Dieci volte a noi sembra un po' troppo ma certamente l'opinione di una immunità relativa dell'Egitto di fronte al cancro è ben fondata. Sarà poi a causa della scarsezza del magnesio? La tesi è un po' difficile a sostenere.

G. LA CAVA.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XXX. - L'obbligo del referto regolato dal nuovo codice.

L'art. 439 del vecchio codice penale limitava l'obbligo del referto ai casi che presentassero i caratteri di un delitto *contro la persona*.

L'art. 365 del nuovo codice, entrato in vigore il 1° luglio scorso, dispone invece così: « chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera, in casi che *possono presentare i caratteri di un delitto* per il quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferirne all'autorità indicata nell'art. 361, è punito con la *multa* sino a L. 5000.

Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale ».

La pena è la multa perchè la omissione del referto è ora considerata *delitto*. L'obbligo non è più limitato ai casi che presentano i caratteri di un reato contro la persona, ma è esteso a qualsiasi ipotesi di delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, *purchè si intende*, si verifichi l'altra condizione: cioè, nell'esercizio di una professione sanitaria sia stata prestata assistenza od opera in quel caso che, potendo presentare i caratteri di un delitto, debba essere perciò oggetto di referto.

La relazione ministeriale al progetto definitivo del nuovo codice (parte II, pag. 165) così chiarisce la posizione del sanitario: « la valutazione che deve dare il sanitario è diversa da quella che può essere sufficiente per il pubblico ufficiale ai fini della denunzia. Basta che il pubblico ufficiale accerti l'esistenza di un fatto che a lui sembri rivestire i caratteri di reato, del quale abbia avuto notizia. Ma il sanitario, specialmente il chirurgo, si trova di fronte ad un fatto che può presentare sempre i caratteri del delitto, in quanto una lesione personale, nel senso clinico, può far sempre dubitare della causa criminosa di esso. La valutazione del sanitario deve risalire alle cause e, avuto riguardo a ciò, la legge lo autorizza a valutare se il caso possa presentare i caratteri di un delitto. Nè si tratta di una indagine giuridica, ma di una valutazione di fatto, dovendo il sanitario tener conto delle circostanze relative al fatto e non della semplice valutazione clinica. La dizione *possono presentare* sta appunto a significare questo potere-dovere di valutazione ».

Il sanitario deve fare un accertamento obbiettivo, astenendosi da apprezzamenti personali e subbiettivi. In altri termini, chiunque, nell'esercizio di una professione sanitaria, prestando la sua assistenza ed opera, accerta un fatto che *può* presentare i caratteri di un delitto, per questa semplice possibilità obbiettiva deve fare referto.

Questo criterio è stato confermato dalla Corte di Cassazione, con sentenza 15 dicembre 1930, ricorrente Patanè, in rapporto all'art. 439 del vecchio codice. Essendo identica per questa parte la disposizione dell'articolo 365 del nuovo codice, è da ritenere che il criterio rimanga immutato.

XXXI. - I giudizi disciplinari e l'art. 3 del nuovo codice di procedura penale.

La IV Sezione del Consiglio di Stato, con sentenza 12 giugno 1931, n. 185, riaffermando la regola dell'autonomia del procedimento disciplinare, ha ritenuto che, in difetto di una norma che ne stabilisca la sospensione sino all'esito del giudizio penale, l'amministrazione pubblica possa procedere disciplinarmente anche se per lo stesso fatto sia in corso un giudizio penale. Le considerazioni della decisione, circa la indipendenza dei due provvedimenti, sembrano eccessive, anche per il risultato al quale conducono.

Ma vogliamo ora segnalare, specialmente, una interessante disposizione del nuovo codice di procedura penale:

« Quando nel corso di un *giudizio civile* apparisce alcun fatto nel quale può ravvisarsi un reato perseguibile di ufficio, il giudice deve farne rapporto al Procuratore del Re... *Se viene iniziata l'azione penale e la decisione del reato influisce sulla decisione della controversia civile, il giudizio civile è sospeso* quando la legge non disponga *altrimenti... Le disposizioni precedenti si applicano anche ai giudizi davanti alle giurisdizioni amministrative e ai giudizi disciplinari davanti alle pubbliche autorità.* Quando l'azione penale è già in corso, il giudice civile o amministrativo o la pubblica autorità che procede disciplinarmente *ordina la sospensione del procedimento* ».

Se, per es., sia in corso procedimento penale per procurato aborto, il giudizio disciplinare non può essere promosso o proseguito fino a quando non sia accertato in sede penale se il fatto fu commesso e l'impiegato vi partecipò, influendo questa decisione sul procedimento disciplinare. Se, invece, questo sia in corso e sorgano elementi del reato di procurato aborto, l'autorità amministrativa deve farne rapporto al Procuratore del Re, trasmettendogli le informazioni e gli atti occorrenti. Iniziato il giudizio penale, è sospeso il procedimento disciplinare che abbia per oggetto lo stesso fatto.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Per una più efficace difesa contro la febbre ondulante.

Prof. dott. T. SILVESTRI.

Dalla disamina spassionata della letteratura sull'argomento risulta:

a) che la febbre ondulante va sempre più affermandosi, salvo questione di grado, nelle più svariate regioni d'Italia;

b) che il *virus brucellare* è molto diffuso fra i nostri ovini, i quali spesso e anche all'infuori di manifestazioni morbose, rappresenterebbero un serbatoio del medesimo;

c) che è azzardato, per non dire pericoloso, negare rapporti fra aborto epizootico e febbre di c. d. di Bang (1), fra questa è la febbre ondulante;

d) che se non è stata raggiunta la prova dell'identità fra b. di Bang e b. di Bruce, la cosidetta febbre di Bang, clinicamente almeno, non è che una febbre ondulante. Si potrebbe ammettere tutt'al più, che fra le due corressero gli stessi rapporti che fra il tifo e i paratifi;

e) che i veicoli più importanti di diffusione della malattia dai caprini, ovini, bovini siano il latte ed i latticini, nei quali il germe vive virulento a lungo, e che per ciò rappresentano un pericolo tanto per la popolazione civile che rurale, che senza nessuna precauzione mangiano burro crudo, ricotte, formaggini freschi, stracchino, ecc.

Il modo di preparare lo stracchino ci lascia affatto scoperti dai pericoli dell'infezione brucellare, se il latte è infetto; ma anche nei riguardi dei formaggini di pecora, di vaccina, fatti in casa, se la bollitura per la separazione del medesimo potrebbe garantirci, l'incompletezza della medesima e le manipolazioni ulteriori senza criteri igienici da parte di chi li fa, la rende presso che inutile.

f) che la nozione di rapporti fra l'infezione brucellare dei caprini, ovini, bovini e la febbre ondulante, da noi, almeno, è affatto sconosciuta non solo ai contadini, ma alla quasi totalità dei proprietari e delle persone colte.

Di fronte al pericolo di una crescente invasione di una malattia, che se non è grave finora, potrebbe diventarlo; di fronte ad una malattia ad ogni modo lunghissima che nessun mezzo è riuscito a prevenire o modificarne il decorso (i casi favorevoli pubblicati colla vaccino e sieroterapia meritano conferma), parmi che non ci siamo preoccupati convenientemente, e che ad ogni modo la questione meriti di essere presa in più seria considerazione.

Sento obbiettarmi: Ma voi esagerate, bisogna aspettare che ricerche ulteriori ci dicano la vera portata del pericolo prima di allarmarsi tanto. Ma in questioni del genere *melius est abundare quam deficere*, meglio è aver esagerato, precipitato, che doversi poi pentire di essere arrivato in ritardo.

In attesa quindi che dati clinici e di laboratorio, che non prestino il fianco alla critica, confermino o meno quelli brevemente riassunti, a mio modo di vedere s'impone:

1) che attraverso le cattedre ambulanti, le scuole, il cinematografo, i foglietti volanti si intensifichi una propaganda sistematica; che in breve porti a cognizioni di tutti i pericoli che derivano dall'uso del latte e burro crudi, e di latticini (formaggini freschi, stracchino) fabbricati con latte di animali infetti;

2) che oltre le capre, siano oggetto di speciale osservazione le pecore e non si lascino discendere al piano, che percorrono otto mesi dell'anno in lungo e in largo, prima di essersi assicurati con ricerche *ad hoc* che sono indenni da infezione brucellare;

3) dal momento poi che l'aborto epizootico continua a minare il nostro patrimonio bovino, la vigilanza sulle stalle deve essere continua, per impedire non solo che il latte di stalle infette venga portato ai caseifici, ma comunque utilizzato o venduto sia in natura che sotto forma di burro, formaggi, ecc.;

4) assicurarsi con tutti i mezzi che il latte portato alle fabbriche di stracchino non provenga da bovini infetti;

5) se poi l'apparato genitale femminile in ispecie è una sede di elezione dell'infezione brucellare, va da sè che la monta rappresenta un potente fomite di infezione e che merita quindi tutta l'attenzione dei sanitari e del legislatore.

Modena, ottobre 1931.

(1) Anche i miei casi (10 in tutto) riguardano o contadini nelle cui stalle l'aborto epizootico era in atto o cessato da poco; o proprietari, che oltre ad avere stalle infette non avevano titubato a mangiare burro o formaggini freschi fatti con latte di vaccine malate o misto.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ASCOLI PICENO. — Al 20 dic., per Venagrande; L. 8000 (comprese L. 500 indenn. laurea), L. 3000 cavalc., indenn. spec. L. 700 se coniugato, L. 340 se celibe; riduz. 12 %; addizion. L. 5 sopra il 25 % della popolaz.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 3 nov.

ASOLO (*Treviso*). — Scad. 31 dic.; pel capoluogo; L. 7500 e 5 quinquenni dec.; c.-v.; trasp. L. 3500; riduz. 12 %; età limite a. 40; tassa L. 50.

CAVARZERE (*Venezia*). — A tutto 25 gen.; 3° reparto; rivolgersi Segreteria com.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Al 31 dicembre, ore 12; aiuto medico; età lim. 35 a.; L. 7050 da decurtarsi del 12 %, oltre c.-v. e altre indennità regolamentari; tassa L. 50 alla Cassa ospitaliera; doc. a 3 mesi dal 1° nov.; nom. e conferma biennali; per le altre condizioni chiedere annunzio. Rivolgersi al Commissario Straordinario.

GIOIOSA MAREA (*Messina*). — Scad. 15 dic.; lire 8000 oltre L. 2000 cavalc. Rivolgersi segreteria comunale.

MOLINELLA (*Bologna*). — A tutto 2 dic., 5ª cond.; L. 8624 e 5 quadrienni dec., oltre L. 2640 per automob. o cavallo, L. 440 bicicl.; c.-v. se ammogliato; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 1° nov.

PIOMBINO (*Livorno*). *Congregaz. di Carità.* — Scad. ore 18 del 30 dic.; primo assistente med., primo assistente chirurgo e assistente chirurgo presso l'Ospedale Vitt. Em. III; stipendi rispettiv. L. 6500, 5500 e 3000, oltre vitto, alloggio, biancheria; compartecipaz.; per i primi due posti 5 quadrienni dec.; deduz. 12 %.; doc. a 3 mesi dal 30 ott.; soli titoli. Chiedere annunzio.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni* (*Ferrovie dello Stato*). — Concorso per titoli ai seguenti posti di medico di riparto: Ascoli Piceno II, Cagli, Cattolica S. G., Nocera Umbra, Portocivitanova (Ancona); Faenza I, Fiorenzuola d'Arda, Monselice (Bologna); Livorno I (Pisa); Campoleone, Cassino I, Magliano Sabina, Sgurgola (Roma); Baronissi (Salerno); Bardonecchia, Chivasso II (Torino); Trento II, Monguelfo (Trento); Isola d'Istria, Pisino I (Trieste). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 15 dic.

S. GREGORIO DA SASSOLA (*Roma*). — Scad. 31 gen. 1932, ore 12; L. 10.500; ritenuta 12 %; 5 quadrienni dec.; 1° c.-v. se di diritto; L. 400 uff. san.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 31 ott.

VERONA. *Amministraz. Provinc.* — Scad. 28 nov.; direttore sanitario del Brefotrofio provinc.; lire 16.000 oltre L. 4800 serv. att.; riduz. 12 %; almeno 5 anni direttore o medico prim. in brefotrofio capoluogo di prov.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,05.

VITERBO. — Medico del Dispensario celtico com. gestito dall'Opera Pia Ospedale Grande di Viterbo; scad. 15 feb.; L. 8500 ridotte 12 %; età lim. 40 a. Rivolgersi alla Segreteria del Comune.

CONCORSI A PREMI E POSTI DI STUDIO.

Premio Baccelli di Fondazione dell'Ist. Nazionale medico-farmacologico in Roma.

È aperto, presso la R. Università di Roma, il concorso a un premio Baccelli, consistente in una medaglia d'oro al merito clinico. Possono concorrere i laureati in medicina e chirurgia, appartenenti alla classe dei professori ed assistenti universitari o addetti ai servizi di uno qualsiasi fra gli ospedali italiani. Istanze al Rettore non più tardi del 15 gennaio 1932. Chiedere annunzio al Rettorato.

Fondazione Ambrogio Bertarelli.

Presso la R. Università di Milano sono messi a concorso due posti di perfezionamento, dell'importo di L. 5000 ciascuno, fra laureati in medicina da non oltre cinque anni. I vincitori dovranno prestare l'opera loro per un anno solare presso la Clinica dermosifilopatica dell'Università; eventualmente potranno essere, dalla Clinica, inviati, a scopo di studio speciale, in altra Clinica nazionale od estera, riducendosi la durata del servizio. Il premio sarà corrisposto in rate trimestrali posticipate. Domande alla Segreteria (corso Roma 10) non oltre il 30 novembre. Certificato dei punti di merito riportati nella carriera scolastica.

Fondazione Colasanti.

È aperto, presso la R. Università di Roma, un concorso a un premio della fondazione Colasanti. Possono concorrere i laureati in medicina e chirurgia in detta Università durante l'ultimo quadriennio scolastico, i quali vi abbiano seguito l'intero corso universitario. Istanze al Rettore non più tardi delle ore 12 del 30 novembre.

Al concorso dovranno presentarsi una o più memorie originali a stampa, su argomenti di farmacologia sperimentale; dovranno essere consegnate in Rettorato non più tardi delle ore 12 del giorno 1° giugno 1932.

Il concorso sarà deciso nel mese di luglio 1931: il premio sarà di L. 1000 (mille) e verrà pagato al vincitore in otto rate uguali mensili posticipate.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Guido Sotti, stabile di anatomia e istologia patologica nella R. Università « Benito Mussolini » di Bari, è stato chiamato ad unanimità dalla Facoltà medica di Roma a succedere al compianto prof. Antonio Dionisi nella cattedra di anatomia patologica di questa Università. Laureato nel 1900, si è formato prevalentemente alla scuola di Cesaris Demel.

Al prof. Sotti, valoroso quanto modesto, esprimiamo il nostro cordiale compiacimento.

Il prof. Pietro Capparoni, segretario generale dell'Istituto Storico Italiano dell'Arte Sanitaria, è nominato di *motu proprio* di S. M. il Re commendatore nell'Ordine Mauriziano. Rallegramenti.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Milano.

L'attività delle Cliniche e degli Istituti della R. Università
La Clinica Medica.

Ecco alcune notizie sull'attività scientifica svolta nella Clinica Medica della nostra R. Università durante l'anno scolastico 1930-31.

Il direttore prof. L. Zoja ha tenuto una dotta ed applaudita conferenza sull'argomento « A proposito della cura dell'ulcera gastrica ». Ha pubblicato inoltre un diligente studio « Sul ricambio emoglobinico in condizioni normali e patologiche ». Ha tenuto infine un applaudito corso di lezioni all'Istituto di cultura medica di Varese su « L'ipertensione arteriosa », « La diagnosi delle nefriti », « Le cardiopatie dei nefritici »: tali lezioni sono in corso di pubblicazione. L'aiuto, dott. E. Greppi ha pubblicato dei diligenti studi sui seguenti argomenti: « Azione dell'epatoterapia, del clima d'alta montagna e dell'adrenalina in un individuo privato di milza per anemia splenica, emolitica, perniciosiforme », « Rapporti fra tumor di milza e massa sanguigna nella reazione all'adrenalina », « Premesse teoriche allo studio

chimico-fisico della polmonite franca », « L'equilibrio acidi-basi e il regime idrico-proteico del sangue nel decorso della polmonite franca », « Variazioni delle proteine, del potere idrofilo e del volume totale del plasma circolante nel decorso della polmonite », « Le modificazioni della massa sanguigna circolante nelle cardiopatie croniche ». Il dott. L. Rossi, assistente, ha pubblicato tre lavori rispettivamente sugli argomenti: « Il comportamento della iperglicemia patologica e della glicosuria in seguito a cure termali in alta montagna », Trombosi ventricolare e tachicardia parossistica », « Riflessività e iperriflessività del seno carotideo ».

La costruzione del nuovo Ospedale Maggiore.

La questione della costruzione del nuovo Ospedale Maggiore è entrata finalmente nella fase risolutiva. È noto come attualmente l'Ospedale Maggiore comprenda circa 3000 letti, di cui 1500 si trovano nei padiglioni nella zona estendentesi oltre la via Sforza, che sono tutti di costruzione relativamente recente. Gli altri 1500 letti sono ospitati nelle infermerie del vecchio edifizio Sforzesco, ed è noto come le condizioni di queste infermerie siano in assoluto contrasto con le esigenze della moderna tecnica ospedaliera. Da ciò la necessità da tutti riconosciuta di costruire un nuovo Ospedale per questi 1500 letti. A tale uopo le amministrazioni ospedalieri precedenti avevano provveduto assicurandosi il possesso di un appezzamento di 300.000 mq. nel territorio compreso fra Affori e Niguarda. Nel 1926 venne indetto un concorso per il progetto del nuovo Ospedale: la Commissione giudicatrice ritenne però che nessuno dei progetti presentati fosse degno di esecuzione. Un secondo progetto presentato dall'Ufficio tecnico ospedaliero non venne neppure giudicato meritevole di esecuzione. Un terzo, e speriamo, definitivo progetto è in preparazione per opera della Commissione presieduta dall'ing. Marcovigi e di cui fanno parte il prof. Ronzani per la parte igienico-sanitaria e l'architetto Arata per la parte artistica. Il nuovo progetto dovrà essere pronto entro alcuni mesi per cui si ritiene che verso la fine dell'anno sia possibile dare inizio ai lavori. La spesa della costruzione del nuovo Ospedale è prevista in una cinquantina di milioni. In quanto alla destinazione del vecchio edificio Sforzesco continueranno ad avervi sede l'Amministrazione dell'Ospedale, la Galleria dei Benefattori, la Biblioteca e l'Archivio storico. Eventualmente potrà esservi ospitato qualcuno degli Istituti di Alta Cultura.

R. ASCOLI.

Da Torino.

Siero di convalescente nella meningite pneumococcica.

Da vario tempo nella Clinica Medica di Torino si è iniziata la raccolta di sieri di convalescenti per poter curare gli ammalati anche con questo prezioso mezzo cui, alla profonda base biologica, sembrano in verità corrispondere notevoli risultati terapeutici, specie in alcune forme morbose.

Merita di essere segnalata a questo proposito la breve nota del prof. Mino della Clinica Medica di Torino (*Minerva Medica*) sulla guarigione di un caso di meningite pneumococcica da pneumococco di tipo 2, con l'uso di iniezioni endorachidee di siero di convalescente di pneumonite da pneumococco pure di tipo 2. Il prof. Mino ha ricordato gli indirizzi moderni nella terapia dell'infezione pneumococcica ed in ispecie della polmonite rivolti all'uso di sieri immuni che oltre ad avere specificità per il gruppo di pneumococco del caso, sono altamente concentrati e dosati in unità immunizzanti. Riguardo al caso di meningite descritto, ricordando che la prognosi della meningite pneumococcica è quasi assolutamente fatale e che nei pochi casi di guarigione descritti questa viene attribuita per lo più a rimedi di tipo immunitario, ritiene che il siero di convalescente abbia avuto realmente una efficace terapeutica ed auspica provvidenze che permettano una più larga raccolta di sieri di convalescenti per l'assistenza dei malati.

Conferenze in Argentina e Brasile del prof. M. Donati.

Da pochi giorni è ritornato nella sua Clinica a Torino il prof. M. Donati, reduce da un ciclo di conferenze e sedute operatorie nella Repubblica Argentina ed al Brasile, dove si è recato per invito nell'estate col prof. Castiglioni raccogliendo il più lusinghiero successo. L'illustre chirurgo ha tenuto al Rotary Club una relazione sulle sue osservazioni nelle due repubbliche americane, illustrando le organizzazioni universitarie ed ospedaliere di quei paesi emettendo in luce numerosi rapporti che la scienza medica italiana ha con quella argentina dove medici italiani e letteratura medica italiana tengono effettivamente un posto importante ed ambito. Egli auspicò per una continuazione ed intensificazione di questi rapporti culturali che onorano la scuola medica italiana.

Nuove Cliniche Universitarie.
Inaugurazione della Clinica Sanatrix.

Le costruzioni delle nuove Cliniche universitarie, Clinica medica, chirurgica, pediatrica, neurologica, Istituto di anatomia patologica, sulle rive del Po in località Molinette, proseguono con lodevole rapidità ed ora i fabbricati si ergono quasi completi. Anche le costruzioni degli edifici complementari del Policlinico che dovranno funzionare da sezioni ospedaliere sono già a buon punto. Si spera che entro un anno e mezzo o due anni tutto il servizio assistenziale sia trasportato dal vecchio fabbricato del S. Giovanni, troppo inadatto ed insufficiente, al nuovo Policlinico che comincerà a funzionare in tutte le sue parti. L'edificio dell'Ospedale S. Giovanni, che è monumento nazionale, pare troverà degna destinazione ospitando parte dei Musei della Città.

Domenica 25 ottobre con l'intervento delle LL. AA. RR. il Principe e Principessa di Piemonte, del Cardinale Fossati, del Prefetto, del Podestà e di numerose altre autorità e di molti invitati, si è inaugurata la nuova grandiosa Clinica privata Medica e Chirurgica « Sanatrix » sorta per iniziativa di una Società torinese che ha chiamati il prof. Donati e prof. Micheli a guidarne l'organizzazione sanitaria. La nuova Clinica è riuscita degna dell'attesa e si può dire uguagli, se non supera, le migliori cliniche europee per modernità di ambienti e di servizio, favorita grandemente anche dalla felicissima posizione sulla collina torinese. Una particolare importanza hanno tutti i servizi tecnici, laboratori di ricerche cliniche, installazioni radiologiche e di esami e cure fisiche che occupano un intero grande fabbricato.

CIPRIANI.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso internazionale sulla litiasi biliare.

Avrà luogo a Vichy dal 19 al 22 settembre 1932, sotto la presidenza del prof. Carnot. Comprenderà 4 sezioni: 1° medicina, 2° chirurgia, 3° terapia e idrologia, 4° elettroradiologia e fisioterapia. Il titolo delle comunicazioni dovrà essere annunziato per scritto alla segreteria generale non oltre il 1° giugno; il testo, dattiloscritto e corretto *ne varietur*, non potrà risultare di oltre 13.600 lettere (corrispondenti a 5 pagine di 40 linee di 68 lettere). Tassa d'iscrizione 50 franchi per i congressisti, con diritto al volume delle relazioni; 25 franchi per gli aderenti (persone di famiglia). Rivolgersi alla segreteria generale, boulevard des Capucines 24, Paris.

2ª Conferenza internazionale contro il ratto.

Dal 7 al 12 ottobre si è adunata a Parigi questa conferenza, cui era abbinato un Congresso coloniale contro la peste.

Vi furono rappresentati 56 Governi tra Stati, Domini, Colonie e Protettorati. Vi furono anche rappresentati vari organismi internazionali, Enti scientifici, amministrativi ecc. e v'intervennero molte personalità. Ciò prova quale importanza venga attribuita all'argomento.

Presidente d'onore della riunione è stato il prof. Calmette; presidente effettivo il prof. Marchoux; segretario generale e animatore il prof. Petit. Delegati dell'Italia erano il dott. Lutrario, anche in rappresentanza dell'Ufficio internazionale d'igiene pubblica e del Comitato d'igiene della Società delle Nazioni, e il gen. med. Marena.

I lavori si sono svolti all'Istituto Pasteur, all'Esposizione Coloniale e presso l'Ufficio internazionale d'igiene. Vennero documentati i danni sanitari ed economici dei muridi e si è discusso intorno alla creazione di un organismo internazionale per la lotta contro i muridi.

Sezione laziale della Federazione Stomatologica Italiana.

La Sezione Stomatologica Laziale s'è riunita a Roma per la sua seduta scientifica ordinaria.

L'assemblea è riuscita imponente per il numeroso intervento dei soci. Notati il prof. Piergili, il prof. Massenti, il prof. De Vecchis, il prof. Gasparini, docenti di odontoiatria nella R. Università di Roma e gli stomatologi dottori Bezzi, Duca, Ribella, Catania, Zepponi, Fiordelmondo, Belloni, Iaverone, Grassi, Musilli, Randazzi, Ottolenghi, Mariani, Romani Giulio, Romani Renato, Carelli, Gellini, Adler, Cipparrone, Vignola, Cirillo, Moramarco, Pugliese, Ingarriga, Foschi, Chillotti, Baiola, Magalotti, Benassi, Pais, Betti, Gaudiosi, Gizzi, Jorino, Piccioli, Renzetti, Ferretti.

Alla fine della seduta, dai proff. Piergili e Massenti è stato presentato e votato, per acclamazione, il seguente ordine del giorno:

« La Sezione Stomatologica Laziale plaude al lavoro del prof. on. Amedeo Perna, che con fervore, fermezza e disinteresse dirige la categoria degli stomatologi italiani verso sempre più alte mete scientifiche, didattiche e professionali ».

Adunanza regionale di oto-neuro-oftalmologia.

Si è tenuta a Bergamo la 2ª riunione della Sezione lombarda della Società italiana di oto-neuro-oftalmologia. Numerosi furono gl'intervenuti da tutte le provincie della Lombardia. Vennero fatte molte comunicazioni.

Inaugurazione di anni accademici.

Con la tradizionale solennità, che attesta e conferma in quale alta considerazione presso di noi vengano sempre tenuti gli studi superiori, sono stati inaugurati gli anni accademici nelle Università italiane.

A Roma la cerimonia fu presenziata dal ministro dell'E. N. on. Balbino Giuliano; il magnifico rettore on. de Francisci rilevò il poderoso sviluppo dell'Ateneo romano, divenuto per volontà del Regime un centro propulsore delle più vive energie della Nazione; prospettò alcune difficoltà che verranno superate. Il discorso inaugurale fu tenuto dal ministro della giustizia on. prof. Rocco, sul tema « Politica e diritto nelle vecchie e nuove concezioni dello Stato ».

A Padova durante la cerimonia inaugurale giunse un telegramma del Duce, il quale assicurava che il glorioso Ateneo non sarà diminuito, ma rafforzato; il prof. Bertino trattò il tema « Le insidie della maternità ».

Per una scuola internazionale d'igiene.

Il 13 ottobre si è adunata a Parigi la Commissione provvisoria organizzatrice della Scuola Interregionale di Studi Superiori in Igiene, creata su proposta del Governo francese d'intesa con la Società delle Nazioni e che avrà sede a Parigi.

Vennero fissati i principi generali del regolamento interno e del programma di studi nel 1932.

La Commissione è così composta: Léon Bernard (Francia), Jules Bordet (Belgio), J. D. Fitzgerald (Canadà), J. Campbell (Inghilterra), T. Madsen (Danimarca), G. Pittaluga (Spagna), E. Burnet (per la S. d. N.). Notiamo che manca un rappresentante dell'Italia.

I nuovi reparti delle cliniche universitarie a Bari.

Con austera cerimonia sono stati inaugurati a Bari i lavori di riattamento eseguiti, per ospitare degnamente tre Cliniche universitarie, nell'Ospedale Consorziale, ad iniziativa del commissario prefettizio sen. prof. Guaccero e su progetto dell'ing. V. Rizzi. Alla cerimonia intervennero numerose rappresentanze e personalità. Dopo un rito religioso compiuto da S. Em. Curi, che pronunziò un breve discorso, si procedè alla visita di tutto l'edifizio.

Scuola di specializzazione in pediatria a Bologna.

Annessa alla R. Clinica pediatrica di Bologna, diretta dal prof. M. Pincherle, è istituita e funziona una Scuola post-universitaria di perfezionamento per specialisti in pediatria. I corsi hanno la durata di due anni. Chiedere annunzio alla direzione, Ospedale Gozzadini. Le iscrizioni si chiudono improrogabilmente col 30 novembre.

Seminario di antropologia criminale e diritto penale.

Nel corrente anno scolastico 1931-32 sarà continuato il corso d'istruzione che sorse a Torino, per la prima volta in Italia, intorno alla cattedra che fu di Cesare Lombroso, per lo studio biologico-giuridico della criminalità, con i seguenti insegnamenti: Medicina legale e tecnica delle prove penali; Antropologia criminale; Criminologia e questioni

di Diritto e Procedura penale; Fisiologia e fenomeni del pensiero; Psichiatria forense in rapporto al delitto; Problemi filosofici di diritto penale. Gl'insegnamenti saranno impartiti dai proff. G. Canuto, M. Carrara, E. Florian, A. Herlitzka, E. Lugaro e G. Solari. Di ciascun insegnamento sarà impartita una lezione per settimana. Le lezioni incominceranno il 14 gennaio 1932. Potranno iscriversi al Seminario i laureati in Giurisprudenza, in Medicina e Chirurgia, in Filosofia, i Magistrati, i Funzionari dei Tribunali militari, delle Amministrazioni della Pubblica Sicurezza e delle Carceri, gli Ufficiali dell'Arma dei Carabinieri, e chiunque per gli studi fatti o per attività pratiche ne sia ritenuto idoneo dal Consiglio della Scuola. S. E. il Procuratore Generale presso la Corte d'Appello di Torino ha autorizzato i Magistrati, che lo desiderino, a frequentare i corsi del Seminario. Potranno iscriversi gli studenti del quarto anno di Giurisprudenza e del sesto anno di Medicina, che abbiano superato l'esame di medicina legale. Agli iscritti sono concesse le stesse facilitazioni ferroviarie di cui fruiscono gli studenti dell'Università. Il Seminario è diretto dal prof. M. Carrara.

Per ottenere l'iscrizione, occorre presentare domanda alla segreteria della Facoltà di Giurisprudenza della Università, corredata dalla quietanza di pagamento del contributo di L. 50, da versarsi alla Cassa di Risparmio di Torino. L'iscrizione degli studenti è gratuita. Per ulteriori informazioni e chiarimenti gli interessati potranno rivolgersi alla Direzione del Seminario, in via Michelangelo 26, Torino (XVI).

Il palazzo dei servizi antitubercolari a Milano.

È in corso di attuazione, ad iniziativa dell'Amministrazione provinciale.

In luogo di costruire un'apposita sede, il preside della Provincia, Sileno Fabbri, acquistò la villa Marelli, situata in Viale Zara e circondata da un ampio giardino della superficie di oltre 7000 mq., stabile che era disponibile in seguito al trasferimento dell'Istituto nevrologico Vittorio Emanuele III alla Città degli Studi.

Il palazzo è stato subito opportunamente ampliato e modificato con una vasta intercapedine, in modo da rendere luminoso ed arieggiato il piano terreno, nel quale avranno sede il Dispensario provinciale antitubercolare e la sezione dispensariale del Comune. Nel primo piano sarà allogata la direzione dei servizi antitubercolari del Comune; un'ampia sala è stata adattata per luogo di riunione e conferenze, per i corsi d'aggiornamento per i medici e per le visitatrici dispensariali.

Il secondo piano ospiterà invece la direzione del dispensario provinciale con gli uffici annessi e la biblioteca.

Così, mercè la provvida iniziativa del preside della Provincia che è anche presidente del Consorzio provinciale antitubercolare, Sileno Fabbri, e la concorde unione del Comune di Milano esplicata per speciale interessamento del vice podestà avv. Pini e del prof. Baslini, la città viene dotata di un importante centro diagnostico munito dei più recenti mezzi sussidiari per l'indagine precoce della tubercolosi polmonare.

Coll'attuazione di quest'opera oltre ad essersi realizzata una cospicua economia, si è ottenuto il notevole beneficio di avere, nel medesimo palazzo, riunite le direzioni degli enti che esercitano la lotta contro la tubercolosi, rendendo più agevole sia per gli uffici stessi, sia per il pubblico, un servizio importante ed al quale in Milano e nella provincia si sono dati così cospicui e provvidi sviluppi.

All'Ospedale di S. Spirito in Roma.

È quasi ultimata la costruzione muraria del nuovo fabbricato dell'Ospedale di Santo Spirito in Roma. La copertura dell'edifizio è stata solennizzata con una visita di numerosi sanitari e di varie personalità, sotto la guida del gr. uff. Cotta.

La costruzione, di 5 piani, copre un'area di circa 2000 mq. Lo stile è intonato all'antico porticato dell'Ospedale.

Un asilo-nido a Gorizia.

Il 5 novembre, all'augusta presenza di S. A. R. la Duchessa d'Aosta, che con tanto amore prodiga le sue cure all'infanzia di quella terra redenta, attraverso la benemerita Opera nazionale d'assistenza « Italia Redenta », ebbe luogo, con un'austera cerimonia, l'inaugurazione dell'asilo nido « Duchessa Anna d'Aosta », sorto per iniziativa dell'Amministrazione provinciale di Gorizia, con l'intendimento di seguire le disposizioni governative che rendono obbligatoria l'istituzione di una sala di recezione per bambini illegittimi non riconosciuti e per integrare l'opera delle altre istituzioni di assistenza alla maternità e infanzia. Si tratta di un primo padiglione del progettato Istituto provinciale per l'assistenza alla maternità e all'infanzia. All'uopo la Provincia ha acquistato l'area (fra la via San Pietro e la via Garzarolli), e mercè il vivo interessamento di S. E. il Prefetto comm. Tiengo ha potuto sollecitamente portare a termine la costruzione dell'importante opera assistenziale, che comprende la sala di recezione per esposti ed illegittimi, un asilo nido per l'accoglimento a richiesta dell'Opera nazionale maternità e infanzia dei bambini lattanti fino al terzo anno di età, un refettorio materno per dare nutrimento, sempre a cura dell'Opera predetta, a gestanti povere e un consultorio per lattanti a cura dell'Opera nazionale di assistenza all'Italia redenta.

La spesa incontrata ammonta a 400.000 lire.

Sanatorio di Idria.

Il 6 novembre, S. A. R. la Duchessa d'Aosta ha presenziato ad Idria l'inaugurazione del Sanatorio per tubercolotici, che è intitolato al suo augusto nome.

Questo Sanatorio, costruito per interessamento ed a cura della Provincia di Gorizia, sta a dimostrare come l'Amministrazione provinciale intende sostenere l'attività che il Consorzio antitubercolare svolge nel campo della lotta contro il terribile male che miete tante vittime nella Venezia Giulia, la più colpita fra tutte le regioni d'Italia. Allo scopo di rendere attuabile il progetto di costruzione del Sanatorio, il Comune di Idria espropriò un'area attigua all'esistente Ospedale e la mise a disposizione della Provincia. I lavori vennero iniziati nella primavera del 1930 e furono portati a termine nello scorso ottobre; la spesa complessiva dell'opera ammonta a L. 470.000.

L'edificio si compone di tre piani, di cui uno seminterrato, ove furono sistemati la cucina ed i servizi accessori del Sanatorio e il Dispensario an-

titubercolare, comprendente l'ambulatorio medico con annessa stanza di radioscopia e camera oscura, la sala di inchiesta, spogliatoi, ecc. I due piani superiori sono adibiti a dormitorio per circa 40 malati, stanze di soggiorno, bagni, lavabi, stanze per infermieri, ecc. Il Sanatorio è unito all'Ospedale da un corridoio di passaggio ed ha una propria lavanderia. Con la costruzione di quest'opera la Provincia di Gorizia, grazie all'autorevole appoggio di S. E. il Prefetto, ha risolto uno fra i più importanti problemi che interessino direttamente la zona di Idria.

Nella stampa medica.

Ha ripreso le pubblicazioni la « Gazzetta Medica Lombarda », che vanta antiche e gloriose tradizioni: venne fondata nel 1842 da Bertani e Panizza. La direzione è stata affidata ad un Comitato; redattore capo è il dott. G. Mantovani; segretario di redazione il dott. G. Andreoni. Gli uffici hanno sede in via Settala 3, Milano.

Il periodico è ricco di rubriche, riconducibili a contributi originali, recensioni e resoconti, notizie.

Auguri al risorto confratello.

« The Journal of thoracic Surgery », diretto dal dott. E. A. Graham, sarà edito dalla Casa C. V. Mosby Company di Saint Louis (Pine Boulevard 3523-25), Stati Uniti.

L'Associazione tedesca dei Biologi ha iniziato la pubblicazione del periodico « Der Biologe », suo organo ufficiale, diretto dal prof. Lehmann di Tubinga, edito da J. F. Lehmann di Monaco (Paul Heysestrasse 26).

Il latino, lingua universale.

È stata fondata a Varsavia una Lega sotto la presidenza del celebre professore di lettere Zielinski, la quale si propone di fare propaganda perchè la lingua latina venga adottata come lingua universale nella politica, nelle scienze e nelle relazioni culturali. Degli eminenti latinisti verranno interessati ad arricchire la lingua latina delle nuove parole necessarie per esprimere i termini tecnici moderni e per ogni altra esigenza.

In onore del prof. Simonini.

Il 1° febbraio 1932 si compiranno 25 anni di insegnamento del prof. comm. Riccardo Simonini, direttore della Clinica pediatrica di Modena.

I suoi colleghi, allievi, ammiratori, in detta ricorrenza si stringeranno attorno al Maestro per onorarlo e per attestargli il loro affetto e la loro gioia profonda e devota, offrendogli un volume contenente scritti di colleghi e di cultori della specialità e di amici; ed offrendogli anche una medaglia d'oro appositamente per lui coniata.

Sarà anche pubblicato un volume in onore del prof. Simonini e a tal uopo il Comitato Esecutivo ha chiesto e ottenuto la collaborazione delle principali competenze pediatriche.

In onore di Delbet.

Gli allievi del prof. Delbet hanno aperto una sottoscrizione allo scopo di pubblicare un libro giubilare, che intendono offrirgli al momento in cui egli abbandonerà le funzioni di insegnante alla Facoltà medica di Parigi e di chirurgo negli ospedali. Le sottoscrizioni sono ricevute da Georges Masson, boulevard Saint-Germain 120, Paris, C. C. Postale 599; le sottoscrizioni di almeno 100 franchi danno diritto ad una copia del volume.

Onoranze al prof. Freud.

Il prof. Siegmund Freud, fondatore della psicanalisi, ha festeggiato il suo 75° compleanno. In tale occasione è stata scoperta una lapide sulla sua casa natale, a Pribor, in Moravia.

Un busto al sen. Pescarolo.

L'istituzione « Centro per lo studio e la cura dei tumori » di Torino ha assolto un debito di gratitudine inaugurando un busto al prof. sen. Pescarolo. La cerimonia si è svolta in occasione della quarta riunione dei medici del Piemonte nell'Ospedale Maggiore S. Giovanni. Il presidente dell'Ospedale, dott. Villa, ha messo in luce i grandi meriti dell'illustre clinico e studioso.

Notevole diminuzione delle nascite in Germania.

Il Ministro degli Interni del Reich ha fatto pervenire alla segreteria del Reichstag un documento statistico elaborato dall'ufficio di sanità e igiene. Da questo documento si rileva che dalla fine della guerra in Germania si è avuta una continua progressiva diminuzione delle nascite. La percentuale è press'a poco la metà di quella di prima della guerra. La percentuale delle nascite è rimasta per questi ultimi anni inferiore dell'1,6 per mille incirca alla percentuale delle morti. La Germania, Nazione di 64 milioni di abitanti, perde ora ogni anno centomila abitanti.

Epidemie in Cina.

Sono segnalate gravi epidemie di peste, malaria e dissenteria nella Cina, danneggiata anche da estese inondazioni.

Per le automobili dei medici in Spagna.

Una commissione composta dei dottori Bravo, Haro e Jiménez Guinea, di Madrid, rappresentanti il Collegio Medico e il Gruppo professionale dei medici mutualisti, ha visitato il consigliere delegato delle strade e il capo superiore di Polizia, per esprimere il *desideratum* che si crei un distintivo speciale per le automobili dei medici, il quale ne permetta il facile riconoscimento da parte del pubblico e delle autorità.

Processo giudiziario per rivalsa d'onorari.

Un reputato chirurgo di Bruxelles ha intentato processo contro un cliente per mancata corresponsione d'onorari.

Egli aveva eseguito, in un bambino di questo cliente, tre operazioni per peritonite purulenta. La sua parcella era di 70.000 franchi belgi. Il Tribunale ne ha ridotto l'importo a 12.000 franchi.

Dal processo è risultato che la parcella del chirurgo comprendeva anche gli onorari del medico curante, ma che questi aveva, a sua volta, avanzato una parcella per l'importo di 7800 franchi, di modo che il medico ha tentato di farsi compensare due volte. Questa audacia meritava, certo, di essere smascherata.

La sentenza contiene alcuni apprezzamenti sui quali non è possibile di convenire. Ad esempio, essa deplora la « dicotomia » dell'onorario tra chirurgo e medico, il che toglierebbe « ogni dignità morale » al medico, ridotto al com-

pito di un sensale del chirurgo. Ma anche i più severi in materia di deontologia medica devono riconoscere che in questo caso il chirurgo agiva apertamente e intendeva compensare il medico per prestazioni realmente fatte e in ciò nulla v'è da eccepire. La sentenza condanna i sanitari che « sfruttano le disgrazie umane »; ma è da considerare che nella fattispecie venne richiesta l'opera di uno dei chirurgi più reputati del Belgio e si sapeva in precedenza che la sua tariffa sarebbe stata alta. È anche da considerare che vennero eseguiti tre interventi e che complessivamente la cura si protrasse per 5 mesi; d'altra parte la moneta belga è deprezzata (70.000 franchi belgi equivalgono a 33.000 lire it.). La sentenza considera come aggravante la circostanza che la parcella contemplava un interesse pel caso di ritardato pagamento; ma questa pratica è legittima e il tasso richiesto, del 6 % all'anno, è quello commerciale. Infine, la sentenza stima che, nella valutazione degli onorari, debba farsi astrazione dalla fortuna dei clienti, poichè il medico non deve convertirsi in agente di imposte; ma ciò non sembra giustificato: difatti esigendo onorari alti dai benestanti, diviene possibile di prestare la propria opera con onorari bassi e anche gratuitamente, nelle istituzioni assistenziali ed ai meno dotati di beni di fortuna.

Una strana insegna.

Un magnetizzatore, certo Filippi, che dà anche consulenze d'ordine medico, è stato processato per uso abusivo dei titoli di professore e di cavaliere; il Tribunale e poi la Corte d'appello lo hanno condannato per la seconda imputazione, ma assolto dalla prima; ora egli, nella sua vistosa insegna, ha modificato l'iscrizione come segue: prof. Filippi, magnetizzatore approvato dalla Corte d'Appello.

Scuola di odontoiatria e protesi dentaria presso la R. Università di Bologna.

Sono aperte le iscrizioni per l'anno scolastico 1931-32 ai Corsi di perfezionamento in Odontoiatria e Protesi dentaria per i laureati in Medicina e Chirurgia.

Essendo il numero dei posti limitato, l'accettazione viene regolata secondo la priorità nella presentazione delle domande e nel versamento delle tasse.

Le iscrizioni si chiuderanno il 30 novembre. Per programmi ed informazioni rivolgersi alla Segreteria della Scuola, via S. Vitale 59, Bologna.

È morto, poco più che sessantenne, il gen. medico CARLO ANGELO ANNARATONE. Ha trascorso quasi tutta la sua carriera in Abissinia, ove resse il consolato di Dessiè ed acquistò un'immensa popolarità: fu medico della famiglia regnante e di tutta l'aristocrazia etiope. Durante la guerra fu Direttore di Sanità della Divisione italiana in Macedonia.

Di recente aveva voluto tornare in Abissinia, sottoponendosi, sul limite della vecchiaia, alla dura vita in quella regione; rimpatriò in maggio sofferente e non si è più riavuto. La sua fine ha molto addolorato, così in Abissinia come in Italia.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Pratictioner, sett. — G. S. HAYNES. Trombosi delle coronarie — J. STAVELY DICK. Infezione intestinale.

Amer. Journ Obst. a. Gyn., ag. — H. J. STANDER. Avertina. — R. BROWN e al. Pernocton. — L. C. SCHEFFEY e al. Radiumterapia del cancro cervicale. — W. KEITH BURWELL. Trasfusioni di sangue. — J. V. RICCI. Salpingite e appendicite: diagn. differ.

Pediatria, 1 sett. — C. SORRENTINO. Meccanismo d'azione dell'autoemoterapia.

Wien. Klin. Woch., 4 sett. — DOMANIG. Avertina e come evitarne i pericoli.

Deut. Med. Woch., 4 sett. — E. P. PICK. Tiroide e sistema nervoso veget.

Presse Méd., 2 sett. — R. TARGOVOLA. Le sindromi psicosomatiche.

Brasil-Med., 15 ag. — F. SILORIA. Localizzazione extra-genitale del granuloma venereo.

Clin. Med. Ital., ag. — N. GAVAZZI. Pleuriti mediastiniche asintomatiche. — L. ROSSI. Morbo di Still e sindromi affini.

Arch. di Patol. e Cl. Med., ag. — I. BETTONI. Correlazioni tra secrez. interna ed esterna del pancreas.

Ann. di Ostetr. e Ginec., 31 ag. — G. ALBANO. Funzione del rene gravidico. — G. V. SEGRE. Primipare attempate.

Pediatra Med. Prat., sett. — G. ALLARIA. Prevenzione e cura del rachitismo.

Arch. Scienze Med., lug. — C. GIORDANO. Il morbo di Still-Michell.

Brasil Méd., 20 ag. — BERARDINELLI. Capillaroscopia clinica.

Rif. Med., 7 sett. — G. FRONTALI. Indicazioni della cura medica nei bambini.

Jornal dos Clinicos, 30 ag. — P. VALLADOROS. Nuova teoria sull'az. del put.

Ann. de Méd., lug. — MARINESCO ed altri. La dermatomiosite. — CHIRAY ed altri. Il trattamento dell'endocardite maligna. — TRILLOT e THIERS. Intossicazione mortale da apiol.

Journ. Méd. Paris, 17 sett. — MOURIQUAND ed altri. Diagnosi dell'ipertrofia del timo. — DALSACE. Errori diagnostici evitabili in ginecologia.

British Med. Journ., 19 sett. — J. COLLIER. Emorragia cerebrale da cause diverse dall'arteriosclerosi. — GLOVER e GRIFFITH. Tonsillite acuta e sequele.

Lancet, 19 sett. — J. STEWART. Lesioni precancerose del tratto alimentare. — HARRIS e PRATT. La riduzione dell'ipertensione.

Prensa Med. Argent., 20 ag. — R. CASTEX. Il sist. nerv. centr. e la regolarizzazione della formola sanguigna.

Minerva Med., 15 sett. — A. ROBECCHI. Il focolaio primitivo della nefropatia.

Münch. Med. Wochens., 18 sett. — RECHE. Diagnosi con la fluorescenza. — MARER. Critica dell'anestesia lombare. — BECKER ed altri. La febbre ghiandolare.

Zblatt. f. Chir., 19 sett. — v. OSTROWSKI. L'autointossicazione nell'ileo acuto.

Wien. Klin. Woch., 18 sett. — SAXL. Idropisia cardiaca ed idr. renale. — PAP. Astralgia endocrina.

Deut. Med. Woch, 18 sett. — ISAAC e REITER. Costituzione e ricambio. — KALK e NISSEN. L'azione della curcuma sul fegato e vie biliari. — OP-

penheimer. Diagnosi e terapia dell'appendicite cronica.

Le Scalpel, 12 sett. — Verbrugge. La protesi esterna nella chirurgia ossea. — Devroye e Leduq. Pionefrosi ed ascessi corticali del rene.

Pediatria, 15 sett. — Canelli e Caligaris. I tumori maligni nell'età giovanile.

Gazz. Osp. e Clin, 13 sett. — D'Amoris. Diagnosi della pleurite essudativa sin.

Lattante, sett. — O. Cozzolino. Disturbi della nutriz. dei lattanti.

Journ. Nerv. Ment. Dis., sett. 1931. — Lindemulder. Le iniezioni epidurali nel trattam. della sciatica. — Ingham e Nielsen. Psicosi tiroidea.

Journ. Am. Med. Ass., 5 sett. — W. Erskine. Il dosamento dei raggi X. — Hoskins. Problemi sulla schizofrenia. — West. La parte utile del fegato nell'anemia perniciosa.

Journ. Med. Ass. South Africa, 22 ag. — Posel. Le malattie dell'occhio in rapporto con la med. interna.

Avenir Méd., lug.-ag. — A. Lumière. La senilità.

Marseille Méd., 5 lug. — H. Diffre. La psicologia dello sforzo. — Romien. Insufficienza resp. nasale e ginnastica resp.

Arch. It. Anat. e Ist. Pat., lug.-ag. — Cattaneo. Diffusione del virus vaccinico nel coniglio. — G. Calì. Il fattore meccanico nella patogenesi dell'arteriosclerosi.

Osped. Maggiore, lug. — E. Leni. L'ascesso cerebrale. — G. Pozzi. L'ernia periinguinale.

Paris Méd., 19 sett. — Num. monografico sulla stomatologia.

Pubblicheremo prossimamente:

Alessandrini P., *In tema di stitichezza;*

Frugoni C., *Lezione: Mielosi globale iperplastica semplice (con iperglobulia) e mielosi globale aplastica (da morbo di Verlhof);*

Frugoni C., *Lezione: Ascesso polmonare tifico con perforazione nel cavo pleurico e pio-pneumotorace consensuale;*

Marchiafava E., *L'ittero letale « ex emotione »;*

Mendes G., *Evoluzione del concetto e della pratica della pneumotorace;*

Pergola M., *Allestimento e titolazione delle soluzioni di tellurito potassico occorrenti per il « siero-uovo-tellurito »;*

Spolverini L., *Nuovi progressi di tecnica nell'allattamento artificiale;*

Taddei D., *Di un procedimento semplice per stasare i cateteri introdotti negli ureteri senza modificare la concentrazione dell'urina*

ed una copiosa e varia casistica.

In preparazione:

Numeri monografici di gastro-enterologia, neurologia, tisiologia, urologia.

Indice alfabetico per materie.

V. Ascoli †, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII Roma, 30 Novembre 1931 - X Num. 48

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

AI COLLEGHI,

Nell'assumere le funzioni di Direttore della Sezione Medica e di Redattore-Capo della Sezione pratica del " **Policlinico** *", rievoco con profonda reverenza la memoria del mio valoroso predecessore il prof. Vittorio Ascoli che per tanti anni vi ha così nobilmente prodigata l'opera sua.*

La continuerò con ritmo, se possibile, più intenso e più largo con preciso duplice obbietto scientifico e pratico affinchè questo nostro periodico che da tanto tempo è bandiera gloriosa della scienza e della classe medica italiana, sia palestra sempre più aperta alle tendenze, alle conquiste e — auguriamoci — alle glorie delle scuole italiane cliniche e ospedaliere.

Ai fedeli collaboratori antichi e nuovi il mio più caldo saluto.

Roma 30 Novembre 1931-X.

PROF. C. FRUGONI

Clinico Medico di Roma

Con l'assunzione dell'illustre prof. Frugoni, vanto delle discipline mediche italiane, a funzioni direttive, il nostro giornale continua le gloriose tradizioni instaurate 38 anni or sono da Guido Baccelli.

La più cordiale e perfetta intesa unisce la redazione al suo capo.

"**IL POLICLINICO**", *fedele al passato, ma rinnovandosi e divenendo più attivo ed efficiente, si assicurerà sempre meglio il consenso, la collaborazione e le simpatie del pubblico medico italiano.*

Da parte sua l'amministrazione darà, come per il passato opera solerte per attuare il programma redazionale, affinchè "**IL POLICLINICO**„ *continui ad essere il giornale medico italiano per antonomasia e consolidi ed estenda l'alta posizione già raggiunta.*

LA REDAZIONE

Per il 1932.

Tutti gli associati che invieranno entro il mese di Dicembre 1931 l'intero importo del proprio abbonamento al " POLICLINICO „ pel 1932 potranno:

coll'aggiunta di sole . . . Lire 20

ricevere PRONTAMENTE UNO dei tre volumi qui sotto indicati alle lettere *a*), *b*), *c*):

a) **DIAGNOSTICA DELLE MALATTIE PARASSITARIE.** (Prof. C. BASILE). Prefazione del Prof. VITTORIO ASCOLI . . . . . prezzo di copertina L. 33.—

b) **LA VOCE PARLATA E CANTATA, NORMALE E PATOLOGICA.** *Guida allo studio della fonetica biologica.* (Prof. G. BILANCIONI). Prefazione del Prof. S. DE SANCTIS. » » » 35.—

c) **I CIRCOLI VIZIOSI IN PATOLOGIA.** (I. B. HURRY). Traduzione dalla 3ª edizione inglese, riveduta ed accresciuta dal Dott. G. DRAGOTTI. Rilegato in piena tela . . . » » » 45.—

e coll'aggiunta di sole . . . . Lire 10

ricevere, a loro scelta, UNO degli otto volumi indicati qui sotto alle lettere *d*), *e*), *f*), *g*), *h*), *i*), *k*), *l*):

d) **NUOVE VEDUTE SULLA INFEZIONE DELL'APPARATO DIGERENTE.** (Prof. GIUSEPPE SANARELLI) . . . . . prezzo di copertina L. 25.—

e) **LA CLINICA DELLA ADESIONE PERICARDICA** (*Fibrechia del cuore*) **NELL'ASPETTO SUO DIAGNOSTICO.** (Prof. G. L. SACCONAGHI) . . . . . » » » 20.—

f) **L'INSUFFICIENZA DEL CUORE** *con speciale riguardo ai concetti moderni di Fisiopatologia.* (Dott. E. PERITI). Prefazione del Prof. L. SICILIANO . . . . . » » » 22.—

g) **CARDIOGRAFIA ED ELETTROCARDIOGRAFIA, ANGIOGRAFIA.** (Prof. D. MAESTRINI). Prefazione del Prof. S. BAGLIONI . . . . . » » » 20.—

h) **MORFOLOGIA CLINICA E FISIOPATOLOGIA DEL CUORE.** (Prof. A. ROSSI). Prefazione del Prof. LUIGI LUCATELLO . . . . . » » » 15.—

i) **LA SANOCRISINA NELLA CURA DELLA TUBERCOLOSI POLMONARE. Note critiche e Osservazioni cliniche.** (Prof. E. TRENTI). Prefazione del Prof. VITTORIO ASCOLI. » » » 20.—

k) **RADIUMTERAPIA.** *Manuale per i medici pratici.* (Dott. L. CAPPELLI). Prefazione del Prof. F. GHILARDUCCI . . . . . » » » 18.—

l) **I DISTURBI DEL SONNO E LORO CURA.** (Prof. A. ROMAGNA MANOIA). Prefazione del Prof. G. MINGAZZINI . . . . . » » » 18.—

e coll'aggiunta di sole . . . . Lire 8

ricevere, a loro scelta, UNO degli otto volumi indicati qui sotto alle lettere *m*), *n*), *o*), *p*), *q*), *r*), *s*), *t*):

m) **LA DIAGNOSI MEDICO-LEGALE DELLA NEVROSI DEI TRAUMATIZZATI. Il rilievo e il significato dei sintomi.** (Prof. A. CIAMPOLINI). Prefazione del Prof. CESARE BIONDI . . . . . prezzo di copertina L. 12.—

n) **L'IMPORTANZA DELLE PARATIROIDI SECONDO LE ODIERNE VEDUTE.** (Dott. VITTORIO GHIRON) . . . . . » » » 14.—

o) **LA BISMUTERAPIA DELLA SIFILIDE.** (Dott. F. TRAVAGLI) . . . . . » » » 12.—

p) **L'ASMA BRONCHIALE NEI MODERNI CONCETTI.** (Prof. P. STANGANELLI) . . . . . » » » 12.—

q) **CONCETTO E DIAGNOSTICA DELLA TISI INIZIALE.** (Prof. A. CAPOGROSSI) . . . . » » » 10.—

r) **LE COLONIE SANITARIE MARINE MILITARI. Nozioni di terapia marina, solare e di educazione fisica.** (Dott. F. BOCCHETTI). Prefazione del Prof. A. SCLAVO . . . . » » » 12.—

s) **TUBERCOLOSI ED ESERCITO.** (Dott. F. BOCCHETTI). Prefazione del Prof. Sen. G. SANARELLI . . . . . » » » 10.—

t) **LA LEGISLAZIONE SANITARIA IN RAPPORTO ALL'ESERCIZIO PROFESSIONALE.** (Dott. ALBERTO VIGO: *doctor Justitia*) . . . . . » » » 16.—

e coll'aggiunta di sole . . . . Lire 6

ricevere UNO dei quattro volumi indicati qui sotto alle lettere *u*), *v*), *y*), *z*):

u) **LA GROSSA MILZA MALARICA E LE SUE COMPLICAZIONI.** *Studio clinico-operativo.* (Prof. O. CIGNOZZI) . . . . . prezzo di copertina L. 12.50

v) **LA MODERNA LOTTA CONTRO LE MALATTIE SESSUALI.** (Dott. F. TRAVAGLI) . . » » » 10.—

y) **TEORIA DELLE VITAMINE E SUE APPLICAZIONI.** *Saggio di vitaminologia.* (Dott. G. LORENZINI). Prefazione di CHARLES RICHET . . . . . » » » 10.—

z) **DEI MEDICI FUTURI.** (AUGUSTO MURRI) . . . . . » » » 8.—

e coll'aggiunta di sole . . . . . Lire 3

ricevere: UNO dei tre volumi indicati qui sotto ai numeri I), II), III):

I) **LA BLENORRAGIA E LE SUE DANNOSE CONSEGUENZE PER L'INDIVIDUO, LA FAMIGLIA E LA SOCIETÀ.** (Prof. L. MORINI) . . . . . prezzo di copertina L. 5.50

II) **COME SI AMMALA DI TUBERCOLOSI E COME SI GUARISCE.** (Prof. A. SIGNORELLI). **E' l'enunciazione del nuovo metodo di cura sull'iperemia totale e la ventralizzazione** . . . . . » » » 5.—

III) **L'INTOSSICAZIONE GRAVIDICA NELLA SUA GENESI E NELLE SUE FORME CLINICHE.** *Lezioni* (Prof E ALFIERI) . . . . . » » » 8.—

N.B. ☞ *È consentito però di richiedere anche* **tutte** *le predette Monografie. Chi le desidera ne accresca il* **rispettivo** *ammontare in ragione di Lire 20, di Lire 10, di Lire 8, di Lire 6 o di Lire 3 ciascuna.*

Per l'estero, al prezzo netto dei suddetti volumi, aumentare il 10 % per le occorrenti maggiori spese postali di spedizione.

☞ *Intestare i Vaglia Postali al nome dell'editore LUIGI POZZI, ROMA, Ufficio Succursale diciotto, ROMA.*

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

L'ittero letale « ex emotione ».

Nota di E. MARCHIAFAVA.

Nella *epistola* XXXVII della grande opera di G. B. Morgagni « *De causis et natura morborum per anatomen indagatis* » (Patavi, 1765) si tratta « *de Ictero et de calculis biliosis* ». In questa lettera G. B. Morgagni parla prima di tutto dell'ittero *ex emotione* e ne riporta due casi: uno osservato da Valsalva; il secondo, che gli fu narrato da medici degni di fiducia di Bologna, alla cui autossia assistè lo stesso Valsalva.

Il primo caso riguardava un giovane sacerdote, il quale poco dopo aver sofferto un grave patema d'animo ammalò d'itterizia con dolore di stomaco e vomito, inquietitudine e ottundimento della mente; al terzo giorno insorsero, con la febbre, delirio e convulsioni con vomito di materie nerastre. Il siero del sangue ottenuto per salasso era itterico. Al quinto giorno avvenne l'esito letale. All'autopsia (Valsalva): il fegato era flaccido e *ad subpallidum vergens;* nella cistifellea si conteneva *bilis subobscura.* Nella mucosa dello stomaco si trovarono emorragie puntiformi. Il secondo caso riguarda un giovine studente di teologia, il quale il giorno seguente ad uno spavento, onde rimase fortemente atterrito, ammalò d'itterizia, cui seguirono delirio e convulsioni violente con rapido esito letale.

Dovendo recentemente verificare alcune citazioni dall'opera di Morgagni, la lettura della lettera ricordata fu l'occasione di scrivere questa nota, dai miei ricordi clinici ed anatomo-patologici, senza la pretesa di dire alcunchè di nuovo.

L'ittero *ex emotione* è noto ai medici e ai profani; anzi in questi suole essere così radi-

cato il rapporto fra patemi dell'animo e itterizia, che in ogni caso di questa si ricerca la influenza di quel fattore. E nel fegato gli antichi pónevano la sede dell'ira e della concupiscenza, come si rileva dai libri e dai detti popolari.

Orazio nelle odi, negli epodi, nelle satire ricorda la bile come espressione di passione e più chiaramente nella ode XIII del libro I, nella quale, rivolto a Lidia, le dice che per la gelosia gli si gonfia il fegato di bile:

« *Cum tu, Lydia, Telephi*
Cervicem roseam, cerea Telephi
Laudas brachia, vae! meum
Fervens difficili bile tumet jecur ».

In un commento a quest'ode di un'antica edizione (Venetiis, 1752) è detto per l'ultimo verso della strofa: « *Intumescit fellis receptaculum jecori annexum. In felle ira; in jecore amor et libido; in splene risus; in corde sapientia proprie resident* ».

In tutti i trattati di medicina si ricorda l'ittero emotivo e se ne ricerca la patogenesi, come si vedrà in seguito aveva già fatto Morgagni nella lettera citata.

L'itterizia *ex emotione* ha di regola un decorso breve ed un esito in guarigione. Occorrono peraltro casi, nei quali, pur con esito fausto, si manifesta una sindrome di gravezza impressionante. Così io ricordo di aver veduto, or sono molti anni, una signora gravida al 4° mese, la quale, dopo una forte emozione per la notizia della morte improvvisa di una parente a lei carissima, diventò itterica e col progredire della itterizia, fattasi apatica e sonnolenta, manifestò i sintomi della paralisi bulbare acuta, i quali con la diminuzione della itterizia regredirono e scomparvero; e la gravidanza proseguì normale fino al parto.

Si osservano inoltre casi d'itterizia certamente provocata da emozioni di varia natura e varia origine, i quali presentano i sintomi della malignità e terminano con la morte.

Dei tre casi da me osservati d'ittero emotivo maligno, uno fu veduto una sola volta in consulto, gli altri furono seguiti nel decorso della malattia e studiati *post-mortem*.

Il primo riguarda un uomo di 38 anni impiegato: dopo una grave emozione per un biasimo mortificante ricevuto dal suo superiore, da lui ritenuto ingiusto; ritornato in casa si mise a letto in grande avvilimento; il mattino seguente era febbricitante e aveva dolori muscolari intensi in varie parti del corpo; la febbre cessò dopo tre giorni; sopravvenne l'itterizia con orine intensamente colorate dalla bile e le feci scolorate; si aggiunsero presto sintomi nervosi con delirio, cui seguirono il sopore e il coma e dopo undici giorni dall'inizio della malattia si ebbe l'esito letale.

Nel secondo caso si trattava di una donna di anni 30, di costituzione regolare, madre di un bambino di tre anni. Era in ottime condizioni di salute e attendeva alacremente alle faccende domestiche quando avvenne il terremoto del novembre 1895. La casetta da lei abitata ebbe scosse violente e qualche danno, onde un forte spavento. Nello stesso giorno e nei giorni seguenti si manifestarono abbattimento fisico e morale, lingua impaniata, nausea, insonnia, ai quali sintomi si aggiunse la colorazione itterica delle orine e della pelle. Questi sintomi aggravarono nei giorni seguenti, e il giorno 3 dicembre, sentendo il bisogno del riposo dal lavoro domestico, andò a piedi all'ospedale di San Giovanni. Quivi arrivata molto stanca, fu messa a letto e al medico primario (prof. Ferraresi) raccontò chiaramente la storia della sua malattia. La sera dello stesso giorno la inferma era notabilmente aggravata: epistassi, emorragie gengivali e dai genitali; ventre tumido e dolente; polso frequente, debole; ambascia e ottundimento mentale. Al mattino seguente la inferma era nel coma, con polso filiforme; la respirazione lenta superficiale; ventre meteorico; la milza si palpava; non così il fegato. La scarsa urina estratta dalla vescica conteneva albumina, pigmenti biliari; nel sedimento molti cilindri granulosi, leucina e tirosina. Nella sera avvenne l'esito letale.

All'autopsia: emorragie puntiformi cutanee; emorragie sottoepicardiche; cuore con degenerazione grassa prevalente nel ventricolo sinistro; stomaco con la mucosa giallastra per l'itterizia e la degenerazione grassa dell'epitelio; la milza ingrandita, turgida e molle; il fegato del peso di 1100 grammi, flaccido, di colore giallastro commisto a punti rossigni; vie biliari pervie; la cistifellea con poca bile pallida; i reni con manifesta degenerazione grassa delle regioni dei tuboli contorti; l'utero con la mucosa iperemica e ricoperta di muco sanguinolento.

L'esame microscopico del fegato rivela in alcune parti la degenerazione grassa delle cellule epatiche; in altre, nelle maglie del reticolo vascolare, se ne vedono i residui necrotici; dove la divisione dei lobuli è conservata, in prossimità delle venule centrali, sono frammenti di varia lunghezza di capillari biliari varicosi sovrempiti di bile intensamente colorata. In alcuni lobuli, fra i capillari, si vedono gruppi di cellule di aspetto epiteliale con il nucleo intensamente colorato, alcune rare con i caratteri di mitosi; onde risulta che in questo fegato, insieme ai processi di distruzione, si hanno gl'inizi di quelli della riparazione.

Nel caso terzo si tratta di una Signora di 45 anni, intelligente, colta. Due o tre giorni prima di ammalare provò, come ripeteva la inferma, il più fiero dolore della sua vita, alla notizia che un giovine suo parente, da lei teneramente amato come un figlio, si era disonorato per il vizio del giuoco. Da quel momento non ebbe più pace; non potè più alimentarsi, ebbe insonnia e soffrì di dolori nel tronco e negli arti. Il giorno 3 giugno 1891 orinò scarsamente e di colore rosso scuro e si accorse di essere itterica. Nei giorni 4, 5, 6 l'itterizia aumentò, i dolori esacerbarono, ebbe cefalea, vomito e grave ambascia. Il medico, che fu chiamato, la trovò molto abbattuta, senza febbre, itterica, con polso e respirazione frequenti. Orina scarsa, fortemente colorata, con molta albumina e con pigmenti biliari. Un bagno caldo è seguito da sudore profuso. Il giorno 9, sonnolenza, vomito, emorragie puntiformi sulla cute dell'addome

e delle coscie; congiuntive giallo verdastre, vivamente injettate; sete intensa; si estraggono dalla vescica pochi grammi di orina con 3 ‰ di albumina; pigmenti biliari; cilindri granulosi, epiteliali molto itterici; cellule renali itteriche; feci scolorate, fetide. Il giorno 10 perduravano le stesse condizioni con aumento delle emorragie; temperatura 35°,7. Il giorno 11, dopo una notte sempre agitata, la malata è aggravatissima; quando muove la testa emette grida di dolore dicendo che le capovolgono la testa e si stringe alle persone che l'assistono e chiede di non essere abbandonata; di quando in quando ha scosse convulsive generali e sforzi violenti di vomito. Nella notte dall'11 al 12, delirio continuo con grande ambascia; al mattino del 12 muore. L'esame delle orine estratte il giorno 11, circa gr. 50, dimostra gli stessi caratteri ricordati; con altra analisi dello stesso giorno si trova diminuzione della urea e notevole aumento dell'ammoniaca.

Post mortem si consente una semplice laparotomia. Il fegato non diminuito di volume, itterico, flaccido. La cistifellea contenente poca bile; le vie biliari pervie, non dilatate. La milza di volume normale. I reni di volume poco aumentato, flaccidi, con la sostanza corticale intensamente itterica; la capsula facilmente distaccabile. La vescica orinaria vuota. L'esame microscopico rivela nel fegato la presenza di numerose isole migliariche di necrosi delle cellule epatiche e la degenerazione vacuolare dei nuclei delle cellule epatiche, nelle parti non necrotiche. Nei reni si trovano le seguenti alterazioni: *a*) necrosi e desquamanazione degli epiteli dei tuboli contorti; *b*) infiltrazioni leucocitarie mononucleari periglomerulari; *c*) cilindri emorragici, granulosi, epiteliali itterici nei tuboli retti e depositi di globuli di leucina itterica e *numerosi cristalli aghiformi di bilirubina.*

I due ultimi casi ora esposti possono dare occasione ad alcune considerazioni, che riguardano la etiologia, il decorso clinico, l'anatomia patologica e la patogenesi.

La etiologia è comune ad ambedue i casi: nel primo lo spavento; nel secondo un improvviso dolore morale profondamente sentito; alle quali emozioni seguirono immediatamente i primi sintomi della malattia.

Quanto al decorso clinico: nel primo caso la malattia si svolse da principio con i sintomi di un'ittero benigno e tale durò per parecchi giorni, e così la inferma potè attendere alle faccende di casa e andare a piedi all'ospedale; dove poi in modo quasi fulmineo, insorsero i sintomi della malignità. Nel secondo caso questi sintomi si manifestarono pochi giorni dopo il grave patema sofferto.

Dal punto di vista anatomo-patologico; nel primo caso l'esame miscroscopico rivelava le alterazioni dell'atrofia gialla acuta, e se il volume del fegato era poco o punto diminuito, si deve attribuirlo al decorso rapido del periodo di malignità; onde il non avvenuto riassorbimento del detritus granulo-grassoso nel quale si era convertita molta parte del parenchima epatico. Ciò dimostra come la denominazione clinica d'Ittero maligno sia preferibile a quella anatomo-patologica di atrofia acuta del fegato, la quale può mancare, pure esistendo l'alterazione necrotica diffusa; e, inoltre, perchè si aggiungono alterazioni regressive di altri organi, talora più gravi, la cui fisiologia patologica domina la forma clinica, come nel secondo caso, dove alla necrosi non diffusa ma disseminata del fegato si aggiungeva una gravissima alterazione dei reni prevalentemente degenerativa.

Intorno alla patogenesi della itterizia *ex emotione*, G. B. Morgagni ha dato la sua opinione con le seguenti parole: « *quid possint animi perturbationes in regio morbo inferendo, cum crebrae in Medicina exercenda observationes ostendunt, tum proposita evidenter confirmat. Neque id mirum attendentibus quantum cum animi perturbationibus nervi consentiant et quantum iidem valeant nervi in afficiendis sanguiferis et excretoriis vasis et in secretorio ipso intimo, quale idcumque sit, organo et quod consequitur, in humorum secretionibus vitiandis et impediendis. Cogita in quibusdam magis consentire nervos hepaticos; aut si alii etiam consentiant, facilius tamen in certis corporibus hepatis vasa et secretorium nervorum actioni cedere, et cur in iis oriatur icterus ob animi affectibus continuo intelliges* » (1).

---

(1) In questo passo G. B. Morgagni vuole indagare la patogenesi dell'ittero emotivo. Ora in tutta la grande opera sua egli dall'anatomia patologica degli organi soleva risalire alle perturbazioni funzionali e alla spiegazione dei sintomi. Quando leggiamo che Virchow (*Virchow's Archives*, 1900, Band 159, Heft 1) diceva « l'anatomia patologica, per mantenere la sua importanza come scienza fondamentale della medicina pratica, deve dal cadavere ritornare al vivente e divenire così fisiologia patologica » il nostro pensiero si volge a Morgagni, perchè quel metodo nello studio dell'anatomia patologica fu insegnato e praticato da lui. E giova ricordare che Morgagni scriveva: « *quantum enim medicos ed per ipsos, genus hominum universum, juvent morborum ristoriis adjectae illorum, qui inde perierint, dissectiones, judicia ostendunt summorum in arte virorum...* ». Morgagni non dice soltanto « *dissectiones* » ma « *dissectiones adiectae morborum historiis* ». E ciò per raggiungere il fine elevato di risalire dalla morte alla vita.

Se, come ho detto altrove, nella via luminosa aperta da Morgagni, il grande riformatore della medicina, come lo chiamò R. Virchow, fossero entrati in Italia tutti quei medici che, sul finire del sec. XVIII e nella prima metà del sec. XIX, vissero preclari per ingegno e per operosità, nella convinzione che fosse la sola rivelatrice di verità e conducente al progresso reale della medicina, molto probabilmente l'Italia avrebbe continuato a tenere il primato con quegli avanzamenti, che si compievano in altre Nazioni!

Con queste parole Morgagni, premessa la frequenza della itterizia da emozione, vuol dire che con le perturbazioni dell'animo consentono i nervi, e questi valgono a perturbare i vasi sanguigni e i condotti escretori e anche l'intimo stesso dell'organo delle secrezioni, qualunque esso sia, con le conseguenze nelle alterazioni della secrezione e della escrezione degli umori e nell'ostacolarne il deflusso. Se poi si rifletta che in alcuni soggetti i vasi e l'organo della secrezione biliare risentono maggiormente l'azione perturbatrice dei nervi offesi dalle emozioni, si comprenderà come in essi si manifesti l'itterizia dai patemi dell'animo. E aggiungesi poi da Morgagni « *quod si addas sanguinis, aut materiae bilis ab eo secernendae, aut viscerum coeterorum dispositiones; tanto magis et rem intelliges, et originem symptomatum gravissimorum, quae interdum ad icterum accedunt et mortem afferunt opinione celeriorem.*

Ciò che si è detto in seguito dai vari autori sulla patogenesi dell'ittero emotivo non si discosta molto dal concetto di Morgagni; anzi Frerichs (*Klinik der Leberkrankeiten Braunschweig* 1831) parlando dell'ittero senza dimostrabile ostacolo meccanico, v'include l'emotivo e per le forme gravi di questo ittero si riferisce alle osservazioni di Morgagni. Potain (*Union Médicale*, 1905), aggiungendo un altro caso da lui osservato alla casistica dell'ittero emotivo, per la patogenesi ritiene che l'emozione provochi una diminuzione della pressione dei vasi sanguigni addominali con aumento della pressione nei vasellini biliari: la prima sarebbe di origine corticale; la seconda dalla contrazione della tunica muscolare delle vie biliari di origine riflessa. Quando l'ittero emotivo si manifesta qualche tempo dopo la emozione, Potain ritiene che questa provochi un'affezione catarrale gastro-duodenale, onde la penetrazione di germi patogeni nel coledoco, e così l'ittero diventa infettivo. Con le spiegazioni date da Potain consente Ch. Feré (*La Pathologie des émotions*, Paris, 1892). Nel grande trattato di Hoppe-Seyler (*Die Krankeiten der Leber.* Wien-Leipzig, 1912) è un capitolo sull'ittero emotivo, del quale si dice che di regola ha una durata di pochi giorni, con esito in guarigione; in casi rari avviene il passaggio all'atrofia acuta. Per la patogenesi, dopo aver enumerato le varie ipotesi degli autori, ritiene come più accettabile quella dello spasmo delle vie biliari, che ha valore per l'ittero che si manifesta alcune ore dopo la emozione. Quando la manifestazione dell'ittero è tardiva e specialmente nell'ittero emotivo grave con esito letale, non si può rimanere nella ipotesi dello spasmo delle vie biliari e di perturbazioni vasomotorie; ma è necessario di pensare all'intervento di altri fattori patogeni fra l'emozione e la manifestazione dell'ittero, i quali agiscano sull'organo di secrezione della bile. E Morgagni dice precisamente che i patemi dell'animo possono provocare la itterizia per la loro azione nociva sopra i nervi dei vasi biliari e sanguigni del fegato o sull'organo stesso della secrezione (*in secretorio ipso intimo*); cioè, sopra quel complesso cellulare, cui spetta la formazione del pigmento biliare.

Sulla sede di formazione della bilirubina non v'è ora accordo fra i patologi. (Kaufmann *Path. Anatomie*, Berlin 1931). È certo che la sostanza colorante della bile, la bilirubina, identica alla ematoidina, si può formare fuori dell'organo epatico, come fu riconosciuto primamente da Virchow e che furono osservate fugaci colorazioni itteriche, con presenza di urobilina nelle orine, in seguito a vasti ematomi o ad emorragie interne (1).

---

(1) Ricorderò due esempi di formazione extraepatica di pigmento biliare: una osservazione anatomo-patologica la prima; l'altra una osservazione clinica. Nel cadavere di una donna, che aveva sofferte l'infezione malarica, morta di polmonite, si trovò la milza fissa nella regione iliaca destra aderente al cieco e all'annesso uterino destro; la milza migrata così lontano dalla sede normale con trombosi antica dei suoi vasi sanguigni, era ingrandita del doppio e convertita in una massa omogenea, di colore grigio verdastro, untuosa al tatto; il cui esame microscopico dimostrò che il parenchima splenico si era convertito in un *detritus* granuloso contenente cristalli di colesterina e *numerosi fiocchi di aghi di bilirubina*, cui si doveva il colore dell'organo.

Ecco la osservazione clinica: un signore bavarese di anni 42 soffriva di coliche renali a sinistra da otto anni e aveva di tanto in tanto emissione di orine leggermente sanguigne specialmente dopo lunghi esercizi fisici, come la equitazione o dopo l'uso generoso di vini spumanti. Non si riusciva a palpare il rene sinistro e la funzione vescicale si compiva senza alcun disturbo. Dai numerosi esami delle orine risultava: reazione acida; peso sp. 1017, 1021; albumina 0,20, 0,40; sedimento nubeculare con *fiocchetti rugginosi;* del quale l'esame microscopico dimostrava: leucociti polinucleari; epiteli caudati; emazie isolate deformate; nei fiocchetti rugginosi, con i globuli bianchi e gli epiteli polimorfi, si vedevano *numerosi cristalli aghiformi isolati o aggruppati in grossi e spessi fiocchi di colore rugginoso. Questi cristalli, per la forma, il colore e la reazione di Gmelin positiva, si riconoscevano come cristalli da bilirubina.* Poichè non si era osservata mai itterizia, si trattava certamente di una formazione locale di pigmento biliare; il quale non veniva dalla vescica con funzione normale, non dai reni per la mancanza di cilindri, cui sarebbero stati aderenti i cristalli di bilirubina; ma

Ora si ha l'opinione che la formazione in condizioni normali e patologiche della sostanza colorante della bile avvenga indipendentemente dalle cellule epatiche, alle quali verrebbe soltanto apportata e ne sarebbe eliminata come l'urea dai reni. E si ritiene, sulla base di osservazioni e di ricerche sperimentali, che il pigmento biliare si formi dalla emoglobina nelle cellule del sistema reticolo-endoteliale (Aschoff ecc.) e, nel fegato, specialmente nelle cellule di Küpfer e venga escreto poi dalle cellule epatiche e immesso nei canalicoli biliari con gli acidi biliari che in quelle si formano. E così si è fatta la divisione dalla itterizia, in quella da ritenzione quando la bilirubina in tutto o in parte non venga escreta dalle cellule epatiche, e la itterizia da rigurgito quando la bile escreta dalle cellule epatiche, non può essere eliminata nell'intestino; e quindi due forme di bilirubinemia rivelate dalla reazione di van der Bergh indiretta e diretta.

Questa genesi della bilirubina da alcuni autori viene affermata e, senza alcuna esitazione, come ormai pienamente dimostrata; recentemente da Dawson of Penn (*Hemolytic Icterus*. British Med. Journal, maggio-giugno 1931).

Non tutti però convengono in questa opinione dell'ittero anepatogeno reticolo-endoteliale; come, in Italia, fra gli altri, il Greppi (*Cellule di Küpfer e biligenesi*. Haematologica di P. Ferrata, fasc. 6, 1923), il quale provocava nei cani il così detto blocco del reticolo-endotelio con la iniezione intravenosa di ossido di ferro saccarato e introducendo poi nel circolo una soluzione di emoglobina, si otteneva, come era dato osservare per la fistola biliare, una bile nettamente pleiocromica, con presenza di traccie minime e tardive di pigmento biliare nel plasma sanguigno, senza modificazione del risultato per la splenectomia. E Greppi ne trasse la conclusione che la bilirubina si forma nelle cellule epatiche e che le cellule di Küpfer, se prendono parte al processo della emolisi, non rivelano di avere alcuna azione diretta nella formazione del pigmento biliare.

A questa ricerca sperimentale, il cui risultato è favorevole alla genesi della bile dalla cellula epatica, può forse fare riscontro una osservazione nell'organismo umano, che è la seguente. Nella infezione malarica da *plasmodium falciparum*, perniciosa, è manifesta la produzione di molta bile e intensamente colorata (policolia e pleiocromia) della quale, come si vede nelle autopsie, le vie biliari e le cistifellee sono piene e turgide, come n'è intensamente colorata la mucosa del duodeno e del digiuno. L'abbondante produzione di bile con quei caratteri è in rapporto con le emoglobinemie ricorrenti ad ogni ciclo parassitario per il disfacimento dei globuli rossi parassitiferi dei quali, pure a sporulazione completa dei parassiti di quella specie, non viene consumata tutta la emoglobina, rimanendone un residuo non trasformato in pigmento nero. Ora l'esame istologico del fegato con melanosi diffusa, in casi di perniciosa, dimostra che le cellule di Küpfer e gli endoteli dei capillari intralobulari contengono granuli e piccole zolle di pigmento nero, cui se ne aggiungono di colore ocraceo; e il primo di regola in così grande quantità, da risultarne l'immagine anatomica del così detto *blocco* o saturazione di quelle cellule appartenenti al sistema del reticolo-endotelio, somigliante alla saturazione delle stesse cellule, che si riesce ad ottenere sperimentalmente con alcune sostanze estranee introdotte nell'organismo vivente, delle quali quelle cellule s'impregnano con avidità. Ora con tutto quel sopraccarico melanotico delle cellule di Küpfer, ha continuato la formazione della bilirubina in grande quantità fino alla morte, come viene dimostrato nelle autopsie dalla cistifellea e dalle vie biliari turgide di bile intensamente colorata. Intanto le cellule epatiche, mentre non contengono tracce di pigmento nero nel loro protoplasma, lo hanno ricco di massoline giallognole, splendenti, disposte in vario modo, le quali, come si vede nettamente nelle cellule isolate col raschiamento della superficie dell'organo a fresco, hanno l'aspetto della emoglobina e come questa, si colorano; alcune più grandi, hanno

---

doveva formarsi nella pelvi renale sinistra affetta di pielite calcolosa probabilmente ossalica; nella detta pelvi avvenivano emorragie, delle quali alcune nella quantità da promuovere la ematuria, altre lievi, per le quali i globuli rossi si soffermavano fra i calcoli, si disfacevano e dalla loro sostanza colorante si formava la bilirubina; la quale veniva lentamente trascinata a mescolarsi con le orine, onde la sua presenza nel sedimento rivelata dai fiocchetti rugginosi. Questo caso mentre dimostra la formazione anepatica del pigmento biliare in quantità notabile nella pelvi renale; può essere utilizzato per la diagnosi di *emorragie nascoste* nelle vie orinarie superiori.

Eichhorst (*Policlinico*, Sez. Prat., luglio 1915), in un caso di calcolosi renale, trovò nel sedimento urinario grandi cellule rotonde contenenti pigmento giallastro analoghe alle cellule cardiache dello sputo. L'autore ritiene che tali cellule siano in rapporto con piccole emorragie nel bacinetto renale in conseguenza dello stimolo meccanico del calcolo, e che hanno importanza per la diagnosi di emorragie occulte nelle malattie di quella sezione delle vie orinarie.

l'apparenza di globuli rossi raggrinzati, *ottonati*. Non è però ardita la supposizione che quelle particelle emoglobiniche, apportate dal sangue alle cellule epatiche, siano destinate ad essere utilizzate per la formazione della bilirubina, della quale, nella malaria grave spesso una parte penetra nei vasi sanguigni, onde la colorazione itterica così frequente in quella infezione, nella quale può, sebbene raramente, verificarsi quell'insieme di alterazioni proprie dell'ittero grave fino all'atrofia gialla acuta.

Ora, prescindendo dal problema della biligenesi, è certo che per l'ittero grave letale, che si manifesta dopo le violente perturbazioni dell'animo, deve provocarsi un'alterazione profonda del parenchima epatico, del *secretorium ipsum* come dice Morgagni, per la cui genesi si affaccia l'ipotesi, ripetuta dagli autori per l'ittero grave idiopatico, di una intossicazione batterica enterogena, onde seguirebbe l'alterazione funzionale e morfologica delle cellule epatiche, cui si accompagna la stessa alterazione, in vario grado, dei parenchimi di altri organi, specialmente dei reni.

Non è inutile ricordare che in due dei casi riferiti mentre le orine erano intensamente colorate dai pigmenti biliari, le feci erano scolorate; la bile dunque non percorreva le sue vie normali di deflusso; e poichè queste erano pervie, come si dimostrò nel secondo caso, la causa dell'itterizia deve ricercarsi nell'intimo dell'organo glandolare; e, cioè, in un'abnorme funzione delle cellule epiteliali, onde la corrente secretiva viene deviatà dalla sua direzione normale nei capillari biliari, verso i capillari sanguigni (parapedesi della bile), o in una lesione dei capillari biliari stessi, i quali, come nel primo caso, si trovarono varicosi, ripieni di bile intensamente colorata in verde (Trombi biliari).

Con i casi esposti in questa nota si conferma che l'ittero grave non ha una etiologia unica e può essere provocato da cause diverse e che le violente emozioni dell'animo possono essere il primo movente del processo morboso fino all'esito letale.

RIASSUNTO.

L'A., ricordate le osservazioni e le considerazioni di G. B. Morgagni sull'ittero *ex emotione*, espone tre casi da lui veduti d'ittero maligno della stessa origine e aggiunge osservazioni sul fegato nella malaria perniciosa favorevoli alla genesi della bilirubina delle cellule epatiche.

LEZIONI.

Clinica Medica Generale della R. Università di Padova

diretta dal prof. C. FRUGONI.

Mielosi globale iperplastica semplice e mielosi globale aplastica (da morbo di Werlhof) (*).

Prof. CESARE FRUGONI.

Presento due ammalati che sono ai due estremi assolutamente opposti della stessa scala morbosa e che l'un l'altro integrandosi pur nel loro completo contrasto consentiranno una utile e pratica visione sintetica nel campo delle mielosi.

Per il primo caso mi limiterò ad una semplice presentazione con diagnosi diretta senza indugiarmi in lunghe discussioni di diagnosi differenziale, talmente bene il nostro paziente si contiene nel classico quadro della malattia che sarà con facilità in lui riconosciuta.

Si tratta di un facchino di 62 anni; mangiatore, etilista, che non ha tare famigliari. Nell'infanzia sofferse di dissenteria coleriforme e cinque anni fa di dolori all'avambraccio sinistro, estesi poi alla spalla, che migliorarono in seguito all'uso di antireumatici. Pure da cinque anni si è accorto che le estremità andavano assumendo un colorito rosso-ciliegia, mentre sulle guance e sul naso si facevano a poco a poco evidenti e ben manifesti i capillari e i vasi cominciavano a risaltare sotto la pelle tortuosi ed ingrossati.

Tre anni or sono infine si iniziavano facile stanchezza, inappetenza, nicturia con pollachiuria (6-7 volte per notte), e sembra fosse riscontrata albuminuria. Da allora lamenta pure frequentemente molesto ronzìo d'orecchi e qualche volta vertigini tanto da non più fidarsi ad uscire di casa solo, nella tema di cadere. In questo tempo l'estrazione di un dente gli procurò un'emorragia che durò, lieve, per tre giorni. Un anno dopo aveva una copiosa epistassi, senza causa apparente; da allora ha anche notato che la mucosa gengivale è facilmente sanguinante.

Da due anni altresì va soggetto a cardiopalmo, dispnea da sforzo ed edema agli arti inferiori.

In quest'ultimo anno infine l'astenia si è fatta più grave, la sonnolenza più intensa, e il colorito vivamente acceso, e per questi disturbi si decide a ricoverare in Clinica. All'esame obbiettivo vedete così un malato tipicamente lungilineo; tiene posizione supina; ha sensorio depresso, è quasi sempre sonnolento, ma interrogato, risponde a tono.

(*) Lezioni cliniche tenute il 21 e 23 maggio 1929.

La faccia è congesta, di colorito rosso-ciliegia scuro, con numerose ectasie venose. Le mani e i piedi sono pure di colorito rosso vermiglio. I vasi superficiali si palpano come cordoni tortuosi e duri; esistono numerosi angiomi, grossi come una capocchia di spillo, all'addome e alla parete toracica anteriore. Lo stato di nutrizione è scaduto. Scarsissimo è il pannicolo adiposo. La muscolatura è ipotonica, le linfoglandule sono indenni. Nulla si nota allo scheletro.

Polso ritmico, regolare, frequente, piuttosto duro: 120 al minuto;

Pressione arteriosa: 85/160 R.R.;

Respiro ritmico: 20 al minuto.

Capo: Lieve anisocoria pupillare per maggiore diametro di quella destra che presenta nella parte centrale una macchia biancastra (cataratta polare anteriore congenita).

Orecchio: cofosi bilaterale di lieve grado.

Bocca: lingua di color rosso vinoso. Palato molle di aspetto congesto, con numerose ectasie vasali. Mucosa gengivale con multiple erosioni sanguinanti. I denti sono vacillanti. Null'altro di patologico al sistematico esame.

Collo: nulla di notevole.

Torace: carenato. Apparato respiratorio nulla di importante. Cuore: non bozza precordiale, itto della punta al V spazio appena all'esterno dell'emiclaveare. Alla palpazione non fremiti. Tratto orizzontale sulla III c. c. 3 cm., diametro trasverso 7,5 cm., diametro obliquo 13 cm.

All'ascoltazione soffio sistolico su tutti i focolai, più manifesto sul focolaio aortico dove assume il tipo pigolante. Qualche volta ritmo di galoppo: II tono all'aorta vibrato.

Nessun reperto patologico allo sterno e alla trachea.

Addome: reticolo venoso superficiale manifesto. La corrente venosa è diretta dall'alto al basso. Angiomi sparsi. La palpazione non provoca dolore. Non raccolta liquida, nè altri reperti patologici.

Fegato: superiormente arriva alla VI costa, il margine inferiore sporge di un buon dito, di consistenza leggermente aumentata.

Milza: superiormente alla VII costa, sull'ascellare media; margine anteriore all'ascellare anteriore. Il polo inferiore sporge circa un dito, liscio, duro, indolente.

Arti: le mani e i piedi hanno colore rosso acceso vermiglio, quasi rosso ciliegia.

Riflessi tendinei presenti, ma deboli.

Stazione eretta e marcia possibili, ma rese molto difficili della profonda astenia.

Urine: Quantità media di 1 litro e mezzo. Densità 1012. Albumina 1-4 ‰; presente urobilina in quantità abbondante; numerosi cilindri jalini e scarsi cilindri granulosi. Tutto il resto normale.

Esame feci: negativo.

Cutireazione alla tbc. positiva. Pressione arteriosa 160/85. Lo studio delle pressioni regionali mostra che la pressione differenziale e la pressione media si riducono rapidamente dal centro alla periferia.

La radiografia del torace mostra un leggero ingrandimento del V. S.

L'elettrocardiogramma dà: tachicardia sinusale, distanza P-R aumentata, complessi ventricolari larghissimi con vetta bifida e T coronaria elevata (segni di sclerosi miocardica).

Wassermann negativa.

Esame del sangue: Hb 1,25; gl. r. 7 milioni e 700.000; 7.500.000. L'iperglobulia è quasi uguale sia al dito che alla vena mediana (per es. al dito 7.700.000; alla vena mediana 7 milioni 160.000; al petto 7.500.000). V. Gl. 0,85; gl. b. 13.000-15.000.

Formula leucocitaria: 84 neutrofili; 6 eosinofili; 7 linfociti; 3 monociti.

Qualche raro mielocita. Piastrine: 245.000.

I globuli rossi sono tutti normali, non vi sono elementi immaturi della serie rossa. Fra i globuli bianchi vi sono rari mielociti.

Capillaroscopia: Le anse capillari sono un po' aumentate di numero ed enormemente aumentate di calibro (dieci volte del normale) con corrente lentissima, quasi con sangue ristagnante.

Pressione capillare: 30.

Fondo dell'occhio: vasi venosi turgidi aumentati di calibro.

Resistenza globulare: 3,6-5,4.

Segno del laccio: negativo. *Tempo di emorragia* 3-5 m. (normale).

Tempo di coagulazione: il sangue non coagula (tempo di coagulazione normale: dopo 10-15 m.). Tempo di sedimentazione: non si può fare.

Nulla si sedimenta spontaneamente e neppure centrifugando.

Lo studio del ricambio emoglobinico dà eliminazione di 250 Unità Terwen nelle 24 ore e con indice emolitico 0,92.

Volume del sangue (determinato con il metodo del rosso congo) doppio del normale.

Tali i principali dati molto schematicamente esposti.

Anche a distanza potete così vedere nel nostro paziente un aspetto diverso dal consueto, anzi tutt'affatto particolare.

Si tratta di un individuo magro, emaciato, con aspetto di persona sofferente, e nel quale la nota dominante è rappresentata dal colorito specialmente del volto e dall'aspetto della cute. Dico dal colorito specialmente del volto, perchè la cute del tronco è più chiara, sicchè vi si possono rilevare bene spiccati numerosi angiomi, i quali possono avere una certa importanza, sia per la malattia attuale, sia come esponenti della costituzione dell'individuo, in quanto è logico supporre che anomalie costituzionali nel campo del sistema vasale pos-

sano avere qualche rapporto con anomalie e malattie in genere del sistema emopoietico.

Ed al volto vedete numerose piccole ectasie venose molto evidenti e sopratutto che le arterie e le vene sono rilevate, tortuose, serpiginose. Il colore del volto, che può dirsi vermiglio, è quindi veramente tipico e particolare; mentre quello delle mani è vario secondo i momenti. Non si tratta del colore scuro della cianosi, non del colore rosso di un viso congesto, ma di qualche cosa di più particolare dacchè, secondo la fase del circolo e la velocità, più o meno scarsa, del sangue, si passa dalla eritrosi alla cianosi, dal rosso-ciliegia al rosso-scuro.

Il circolo venoso è lentissimo: se si spreme una delle vene col dito, si vede che essa non si riempie a scatto come di norma, ma che la colonna sanguigna la inturgidisce con enorme lentezza.

E mentre il fegato è appena aumentato di volume, la milza è cospicuamente ingrossata, e cioè come vedemmo, raggiunge in alto la 7ª costa, mentre in basso sporge di un dito dall'arco.

Importanti poi sono le alterazioni poste in evidenza dall'esame del sangue che avete ora appreso.

Ed io presento volentieri questo paziente, non per la singolarità del caso, ma perchè esso mi permette di approfondire un po' lo studio di queste forme, tanto più potendo contemporaneamente illustrarvi un'ammalata che ha forma, direi, a questa opposta e che vedremo. Siamo qui di fronte intanto ad una *malattia sistematica del sistema eritroblastico.*

La sistemazione nosografica dei processi morbosi che colpiscono primitivamente il tessuto eritropoietico è ancora in pieno svolgimento e riceve ogni giorno nuovo contributo di studi. Gli ematologi fino a non molto tempo fa distinguevano semplicemente due categorie: le anemie e le policitemie tenendo conto quasi esclusivamente della situazione del sangue periferico: avendosi nel primo caso diminuzione, nel secondo aumento del numero dei globuli e del tasso emoglobinico. La necessità di differenziare i quadri clinici, numerosi, di anemia ha dato luogo ad ulteriori suddivisioni di questa categoria; cosicchè si sono distinte fra l'altro le anemie secondarie, le anemie aplastiche, le anemie perniciose di Biermer, ecc. L'anemia semplice secondaria è sintomatica di numerosissime e svariate malattie. Può esser semplicemente la conseguenza di una perdita di sangue per emorragia, e di una emolisi tossica o infettiva comunque intervenuta. È dunque più che una malattia, un sintomo, che accompagna malattie diverse. È caratterizzata da diminuzione di globuli rossi e di emoglobina in proporzioni variabili e da fenomeni rigenerativi più o meno vivaci di cui è testimonio la presenza in circolo di elementi immaturi nucleati, normoeritroblasti, e di elementi a sostanza granulo-filamentosa. Nelle anemie aplastiche o anemopoietiche manca invece ogni segno di attività riparativa da parte del midollo osseo e sono queste caratterizzate dalla progressiva diminuzione del numero dei globuli rossi e dell'emoglobina e dall'assenza in circolo di forme giovani nucleate o granulofilamentose; e possono pure essere primitive o secondarie.

L'anemia perniciosa di Biermer forma infine un gruppo completamente a sè caratterizzato, come sapete, quanto al reperto ematico, dalla presenza in circolo di elementi caratteristici, i megaloblasti, e megalociti, dall'ipercromia, con valore globulare superiore all'unità, da leucopenia con linfocitosi relativa.

A lor volta le policitemie sono state distinte in secondarie e primitive. Forme reattive le prime, o compensatorie, da contrapporsi alle anemie secondarie, e analoghe alla leucocitosi, cosicchè si parla di eritrocitosi. Sintoma dunque e non malattia, espressione spesso di stati transitorii, talora non patologici, come ad esempio l'eritrocitosi fisiologica dell'altezza. Fra le policitemie secondarie sono da ricordare quella che accompagna la cianosi per vizi congeniti del cuore (stenosi della polmonare, persistenza del foro di Botallo) e la policitemia che può accompagnare la sinechia pericardica.

Molte malattie spleniche s'accompagnano a policitemia secondaria reattiva; così nella tubercolosi e nella echinococcosi della milza. Policitemici sono spesso anche i malati di sclerosi dell'arteria polmonare e dei suoi rami, malattia di Arillaga-Ayerza; si tratta di adulti, abitualmente luetici, con arterite stenosante che si propaga ai piccoli rami polmonari. L'eritrocitosi è in questo caso evidentemente un meccanismo di compenso messo in opera dall'organismo per supplire all'insufficiente ematosi con l'aumento degli elementi destinati al trasporto dell'ossigeno. Devo anche ricordarvi una categoria di false policitemie nelle quali l'aumento del numero dei globuli rossi è soltanto apparente, effetto di una maggiore concentrazione del plasma per richiamo di acqua da parte dei tessuti, o per forti perdite idriche, per diuresi, sudorazione, diarree profuse.

L'esame refrattometrico del siero e la determinazione della massa sanguigna ci dimostrano facilmente il carattere relativo di queste forme.

Le policitemie secondarie rappresentano in certo senso il contrapposto delle anemie secondarie. All'anemia aplastica si potrebbe invece opporre la *policitemia vera,* o *morbo di Vaquez.*

Da più parti sono stati prospettati problemi inerenti all'esistenza e alla collocazione nosografica di malattie iperplastiche primitive del sistema eritroblastico e alle eventuali analogie

di tali malattie con le iperplasie del sistema mieloide o del sistema linfatico. In realtà si va diffondendo il concetto che la policitemia vera di Vaquez sia una eritropatia primitiva analoga alla mielosi leucemica e col concetto il termine di *eritremia*, introdotto in nosografia da Türk e Hirschfeld, e che da moltissimi patologi è ormai accettato per indicare il morbo di Vaquez. Ma noi dobbiamo chiederci se veramente esiste tale analogia tra morbo di Vaquez e mielosi leucemica e se sia giustificato il parlare di eritremia volendo assegnare a questa parola un significato analogo a quello di leucemia. Il problema, come certo sapete, è stato risolto in senso negativo dalla scuola italiana (Ferrata, Di Guglielmo).

Il morbo di Vaquez è caratterizzato, nel sangue, dall'aumento assoluto del numero dei globuli rossi circolanti e spesso, in misura variabile, dall'aumento degli altri elementi morfologici, leucociti e piastrine, e nel midollo da una maggiore estensione ed attività del tessuto funzionante, con iperplasia sia del sistema eritroblastico che del sistema granuloblastico e piastrinopoietico. Ma l'attività svolta dal tessuto iperplastico è normale, si svolge cioè secondo la linea fisiologica, e il frutto è rappresentato dalla formazione e dalla comparsa in circolo di elementi che sono in quantità superiore alla norma, ma che hanno raggiunto un grado completo di maturazione e sono dotati di proprietà schiettamente normali. Ben diverso è il caso delle mielosi leucemiche ove il midollo è in preda a tumultuosa e disordinata attività proliferativa, ed incapace com'è di portare molti elementi a completa maturazione, lascia passare in circolo un eccesso di forme indifferenziate.

Non v'è dunque possibile analogia fra la mielosi leucemica e la iperplasia primitiva eritroblastica, che è il sustrato anatomico del morbo di Vaquez. Come non vi è analogia fra il quadro ematico della leucemia, ov'è caratteristica la presenza di forme che in condizioni fisiologiche non sono presenti nel sangue, forme immature, indifferenziate e il quadro ematico della policitemia vera che, a parte l'eccesso di elementi, è in tutto normale.

L'abituale coesistenza di iperplasia del sistema granulopoietico e piastrinopoietico ha condotto a ragione il Di Guglielmo a considerare il morbo di Vaquez come una *mielosi globale iperplastica semplice*, e la specificazione « semplice » sta appunto ad indicare la mancanza d'ogni deviazione dalle direttive fisiologiche.

Posto e risolto in tal modo il problema della collocazione nosografica del morbo di Vaquez, dobbiamo tuttavia ancora ricordare che esiste anche una *mielosi eritroblastica non semplice*, veramente analoga alla mielosi leucemica. Esiste cioè un quadro morboso che merita il titolo di eritremia, o *mielosi eritremica* malattia descritta da Di Guglielmo, il quale ha illustrato un caso di primitiva proliferazione eritroblastica in tutto analoga a quella leucoblastica della leucemia, caratterizzata cioè dalla differenziazione incompleta degli elementi eritrocitarii. Successivamente Di Guglielmo stesso e altri autori hanno descritto nuovi casi, in alcuni dei quali il processo di iperplasia con anaplasia (inibizione del processo di differenziamento cellulare) si limita al sistema eritropoietico (eritremia). Ma talora il processo iperplastico e anaplastico coinvolge anche il sistema granulopoietico e piastrinopoietico dando luogo ad un tipo di *mielosi globale iperplastica complessa* con quadro ematico caratterizzato più che dall'aumento numerico dei globuli rossi, dei leucociti e delle piastrine dalla presenza in circolo di forme immature di ciascuna delle tre categorie, e cioè di elementi eritroblastici, leucoblastici e piastrinoblastici.

L'essenza dell'eritremia sta dunque in due fattori, nell'iperplasia del sistema eritropoietico (isolata o coesistente ad iperplasia degli altri sistemi, granulo e piastrinopoietici) e nella deviazione patologica della serie di processi che portano alla normale maturazione del globulo rosso. Così intesa l'eritremia, non vi sembrerà strano che oggi si faccia rientrare nel quadro eritremico anche l'anemia perniciosa di Biermer. L'ematologia infatti considera giustamente il gruppo di malattie di cui ci stiamo occupando non già come malattie del sangue circolante, ma degli organi e dei tessuti ematopoietici. Ora il comportamento numerico delle cellule del sangue circolante non è una manifestazione sempre fedele dello stato degli organi ematopoietici, perchè è soggetto all'influenza di fattori secondari o addirittura estranei al fattore patogenetico fondamentale. I moderni ematologi, più che cercare l'essenza della malattia nelle variazioni numeriche degli elementi cellulari del sangue circolante, la cercano nelle alterazioni qualitative degli elementi stessi, espressione ben più sicura di quanto si va svolgendo in profondità a carico degli organi ematopoietici.

Come la mielosi leucemica può accompagnarsi a quadri ematici caratterizzati o no da aumento del numero dei leucociti (forme leucemiche e aleucemiche), così l'iperplasia del sistema eritroblastico a tipo eritremico non s'accompagna obbligatoriamente ad aumento di globuli rossi. Anzi nella forma pura di eritremia si hanno abitualmente quadri di anemia gravissima. Mentre nella forma che coinvolge anche gli altri due sistemi, mielosi globale iperplastica complessa o eritroleucopiastrinemia si ha prevalentemente aumento numerico dei globuli rossi.

Dicevamo dunque che la tendenza odierna sta per l'inclusione della malattia di Biermer nel gruppo delle eritremie. E difatti, come abbiamo avuto occasione di ricordare ripetu-

tamente, l'essenza della malattia di Biermer sta nel ritorno ad un tipo primordiale preepatico di eritropoiesi di cui sono elementi caratteristici i megaloblasti e i megalociti, mentre è inibito il normale sviluppo degli elementi eritrocitarii. Ma contemporaneamente si ha non *ipoplasia* ma *iperplasia* del tessuto eritroblastico e non soltanto nel midollo osseo, ma ancora nel fegato e nella milza, ove vediamo comparire focolai eritroblastici. La base istopatologica dell'anemia di Biermer è dunque strettamente analoga a quella dell'eritremia in due elementi fondamentali, iperplasia ed anaplasia del tessuto eritroblastico. Ciò che distingue le due forme è il fatto che nell'anemia di Biermer è spiccato il tipo megaloblastico o preepatico di proliferazione (metaplasia - trasformazione di un tessuto in un altro) laddove nelle eritremie semplici prevale il tipo normoeritroblastico.

Chiariti così, con una breve corsa attraverso le moderne acquisizioni dell'ematologia, i concetti nosografici di cui intendiamo servirci, torniamo al nostro malato.

Non perdiamo tempo ad escludere le policitemie false e le policitemie compensatorie. Il nostro soggetto non è luetico, non mostra alterazioni radiologiche dei rami polmonari, non è dispnoico, non ebbe mai accessi anginosi o dispnoici (come nei cosidetti « cardiaci neri » di Ayerza); manca di ogni sintomatologia polmonare: possiamo escludere la malattia di Ayerza con policitemia, che qualcuno ha proposto di chiamare malattia di Escudero. Evidentemente conviene andar diritti al problema se il malato presenti o no una *policitemia vera* o *malattia di Vaquez*, o *mielosi globale iperplastica semplice.*

Nel nostro malato sono aumentati i globuli rossi e sono aumentati anche i bianchi, e le piastrine.

L'aumento è tanto più significativo se teniamo presente che esso appare minore di quanto sia in valore assoluto, dato che la massa sanguigna è nel presente molto superiore alla norma. Essa è stata determinata col metodo del rosso congo e risulta superiore ad otto litri e forse vicina a 10 litri. Difficoltà tecniche nella valutazione del rapporto plasma-globuli, inerenti alla enorme viscosità del sangue del nostro paziente, non ci hanno permesso che una determinazione approssimativa. Comunque è certo che l'aumento è cospicuo: la massa sanguigna rappresenta qui circa il 15-20 % del peso corporeo in luogo del 7-8 % che è la cifra normale. Un volume dunque ch'è circa il doppio del normale. Il numero assoluto dei globuli bianchi risulta in tal modo essere il quadruplo mentre è doppio del normale il numero delle piastrine. L'aumento dei leucociti è tutto a carico dei granulociti, in quanto la formula leucocitaria dimostra che il 90 % dei G. B. è rappresentato da polinucleari.

Dal punto di vista numerico dunque il quadro ematico corrisponde ad una iperattività del midollo osseo funzionante nei tre sistemi, eritropoietico, granulopoietico e piastrinopoietico. E questo abbiamo visto essere caratteristico del morbo di Vaquez, mielosi globale iperplastica.

Nella malattia di Vaquez è obbligatoria la normocitosi, i globuli rossi sono normali per forma, per grandezza, per aspetto; (non anisocitosi, non poichilocitosi) e tali sono i globuli rossi del nostro malato, nè mai ci è occorso di osservare nel suo sangue elementi immaturi della serie eritroblastica (normoblasti) o denunciatori di fatti anaplastici, oppure di elementi caratteristici dell'eritropoiesi preepatica (megaloblasti) rivelatori di condizione metaplastica. Iperplasia semplice dunque, senza segni di anaplasia o di metaplasia, caratteristica fondamentale della mielosi eritroblastica semplice che si differenzia dalle mielosi eritremiche appunto per la mancanza di fatti anaplastici o metaplastici.

Il nostro paziente presenta quindi alla perfezione il quadro ematico della malattia di Vaquez, e anche il quadro clinico corrisponde ad altri descritti. La malattia in genere coglie gli adulti, ha manifestazioni evidenti all'esame della pelle e delle mucose. Infatti il colore della lingua, rosso-ciliegia scuro, e quello delle congiuntive, sono tipici. Nelle forme più gravi l'aumento dei globuli e l'aumento della viscosità sanguigna danno un tale rallentamento del circolo che la cute assume un colore quasi nero per la somma della cianosi con la eritrosi. Qui v'è un aumento notevole della massa sanguigna, quindi esiste una notevole dilatazione da noi constatata del letto arterioso, venoso, capillare. Pletora vera, — cioè — per aumento e della massa del sangue, e della sua concentrazione.

Questi soggetti hanno spesso un notevole ingrandimento della milza e anche nel nostro caso la milza è aumentata di volume, ma non molto. Abbiamo ricordate forme di policitemia secondarie a tubercolosi splenica, tanto che l'osservazione di questa fece a taluno pensare che tutti i casi fossero secondari ad una lesione specifica della milza, il che è sicuramente da escludersi.

Quale è la causa della splenomegalia? Forse è la milza partecipe del processo morboso? Alcuni credono che l'ingrossamento avvenga per un processo di difesa contro la poliglobulia, attivandosi tutti i processi di emolisi, di distruzione globulare, a difesa dell'organismo.

Ma nel nostro caso vi è invece il fenomeno opposto, poichè (vedi reperti del ricambio emoglobinico) si è dimostrata una insufficiente distruzione globulare. I globuli rossi di quest'uomo cioè hanno vita più lunga di quelli normali e invecchiano fino ad un'età notevolmente maggiore della normale.

Si credeva una volta che l'aumento della

viscosità dovesse necessariamente condurre all'ipertrofia del ventricolo sinistro e all'aumento della pressione arteriosa per maggiori resistenze periferiche.

In realtà non s'è forse tenuto conto del fatto che il lavoro cardiaco risulta del prodotto di due elementi, la pressione, o resistenza e la portata, funzione, quest'ultima, della velocità di circolazione. Ora se in questi malati la resistenza periferica aumenta, diminuisce però la velocità di circolazione e quindi la gettata. I due fattori probabilmente si bilanciano e il lavoro cardiaco non risulta aumentato. Mancano quindi le condizioni emodinamiche propizie all'ipertrofia del ventricolo sinistro. Notiamo ancora che l'iperglobulia compensa la diminuzione della velocità di circolazione. Il sangue circola più lentamente ma la sua capacità di trasportar ossigeno è aumentata, cosicchè anche con una circolazione lenta l'apporto di ossigeno ai tessuti può essere sufficiente.

Comunque esistono casi nei quali la policitemia s'associa ad ipertrofia cardiaca e ad ipertensione arteriosa, e anche il nostro malato è un arteriosclerotico che presenta segni di sclerosi renale e modica ipertensione.

Secondo Geisböck esisterebbe una varietà ipertonica della malattia di Vaquez, che dovrebbe esser tenuta distinta da quest'ultima, e che evolverebbe senza splenomegalia. Se però si tiene presente da un lato che l'iperviscosità del sangue non è, come abbiamo visto, causa d'ipertrofia cardiaca, nè d'ipertensione, e dall'altro che i policitemici ipertonici sono sempre degli arteriosclerotici con sclerosi renale è più facile pensare che l'ipertensione arteriosa sia sintomatica di nefrosclerosi. Oggi infatti si ritiene generalmente che la varietà di Geisböck non sia una malattia speciale ma rappresenti la coincidenza di due malattie nel senso che si tratterebbe di sclerotici renali che diventano in secondo tempo dei policitemici. Tuttavia è certo che la coincidenza è troppo frequente per non lasciar aperto il problema di un eventuale nesso patogenetico fra le due malattie.

Nel nostro caso il sangue è nero, è denso; può essere centrifugato per ore senza che si separi dal siero; lasciato a sè non dà luogo al fenomeno della sedimentazione dei globuli rossi, e tutto ciò può bene indicarci con quale difficoltà si debba svolgere il circolo sanguigno.

La pressione venosa è normale, o per lo meno sembra tale, poichè il sangue scorre così lentamente nell'ago dell'apparecchio del Claude che la misurazione richiede parecchi minuti. In ogni modo questo è un indizio di più della lentezza del circolo capillare, come lo è la lentezza del riempimento delle vene quando siano svuotate mediante la compressione digitale. L'esame dei capillari ci conferma la estrema lentezza del circolo capillare e ci mostra delle anse di calibro enorme.

Non sappiamo quale cifra raggiunga la viscosità: essa è così grande che i nostri apparecchi non bastano per misurarla.

Nei policitemici sono frequenti le emorragie, che si svolgono a volte a tipo di ematemesi da simulare ulcera gastrica o duodenale, a volte a tipo di emorragia cerebrale. Il nostro soggetto ha avuto emorragie multiple, ripetute, durature (da gengive, epistassi, ecc.), ha sangue incoagulabile. Non è un emofilico, ma è logico abbia emorragie frequenti, dacchè è turgido di sangue.

Egli ha sensazione di pesantezza e di congestione al capo, ha offuscamenti di vista, ronzii auricolari, soffre di sonnolenza e presenta una riduzione delle facoltà cerebrali, probabilmente per la congestione cronica e per il rallentamento del ricambio locale nei tessuti nervosi.

Per quanto riguarda le alterazioni del sangue, abbiamo trovato quì quasi otto milioni di globuli rossi; in altri casi si giunge a dieci, a dodici, a quattordici milioni perfino. E queste cifre si hanno ugualmente se si studia il sangue arterioso, quello venoso, quello capillare.

Abbiamo già detto come manchi ogni segno di maturazione anormale dei globuli rossi e aggiungiamo che la mancanza di G. R. a sostanza granulofilamentosa deve farci ritenere che in circolo siano scarsi gli elementi giovani. Dovremo tener conto di ciò nel parlare del ritmo dell'emolisi nel nostro paziente e delle ipotesi inerenti.

Le alterazioni della resistenza globulare variano da caso a caso, a volte vi è aumento, a volte diminuzione. Quì v'è uno spostamento in basso così della resistenza massima come della minima ed un certo aumento della differenza fra le due. Essendo più lunga la curva di emolisi si può pensare che alcuni globuli più giovani abbiano una resistenza quasi normale, che altri invece, notevolmente invecchiati, abbiano una resistenza diminuita. Si deve immaginare il circolo di quest'uomo come una nazione in cui sia diminuita la natalità, ma in cui la mortalità sia proporzionatamente più scarsa. Allora per un certo periodo la densità della popolazione si mantiene non solo costante, ma non ostante la diminuita natalità anche può aumentare, ma la media degli individui è rappresentata da adulti e da vecchi.

Tutto questo non è una supposizione, è una realtà.

Se i globuli rossi si distruggessero in proporzioni normali qui ove la massa sanguigna corpuscolata è enormemente aumentata si dovrebbe avere un indice emolitico alto, doppio e forse quadruplo della norma. Invece il ricambio emoglobinico dà una eliminazione di

250 unità Terwen nelle 24 h. con un indice emolitico di 0,92, inferiore cioè alla unità (che rappresenta la norma). Questo ci dimostra quindi una *diminuzione patologica della emolisi.* Questa possibilità, ammessa teoricamente, non era stata finora registrata.

Nel nostro caso dunque accanto alla mielosi produttiva, alla produzione in eccesso, dobbiamo senza alcun dubbio ammettere anche una diminuita distruzione.

Oltre all'aumento dei globuli rossi vi è anche aumento nel numero dei globuli bianchi. Essi a volte raggiungono i 30-40.000. Nel nostro caso sono 15.000 p. mm³., ma, dato che vi è circa il doppio di volume sanguigno, il loro numero assoluto generale è in realtà assai più aumentato. I monociti sono normali per numero assoluto, scarsi in percentuale, mentre sono aumentati sopratutto i granulociti, per cause simili a quelle che danno l'aumento della serie rossa.

Le piastrine sono 250.000 per mm³., quindi aumentate assai in valore assoluto.

Si può parlare quindi di *mielosi iperplastica semplice.* Aumentata è anche l'emoglobina, essa ha un valore d 1,25, ma dato che l'aumento è minore che per i globuli rossi, il valore globulare è di solo 0.83.

Le condizioni chimiche e le proprietà fisiologiche della emoglobina sono in genere normali, ma la coagulazione è di regola deficiente, data la scarsezza della fibrina. È regola invece che la viscosità sanguigna e il volume totale del sangue siano aumentati. In genere la viscosità del sangue è quattro volte e mezzo quella dell'acqua distillata. Qui invece si va oltre le possibilità di misura dell'apparecchio di Hess; è quindi enorme.

Per quanto riguarda la sedimentazione, sapete che in genere si ha una metà di sedimento e una metà di plasma. Qui invece nulla di ciò. È tale la densità del liquido e così scarso il plasma che nulla sedimenta. Immaginate da questo la difficoltà del circolo di tali ammalati e la fatica del cuore, a sua volta irrorato con difficoltà per il circolo coronario.

Lo studio del ricambio gassoso e la refrattometria danno valori normali, il che ci dimostra che non esistono alterazioni tali nella respirazione dei tessuti da occasionare una poliglobulia compensatoria.

Sottoponemmo il paziente a cure opportune e cioè anzi tutto a dieta idonea date le sue condizioni renali (albuminuria e cilindruria) e l'ipertensione.

E poichè i salassi, e varie sostanze medicamentose già proposte contro l'iperglobulia fenilidrazina compresa (che ha incontrato però largo favore specie presso gli AA. americani e inglesi) non danno risultati concreti proveremo ad associare la rontgenterapia (già praticata con successo nella poliglobulia da Parkinson, Maguin, Salomon, Gutzeit, Beclère, Milani, ecc.) e la terapia splenica in queste forme per primi suggerita da Blumenthal e Nipperdey.

* * *

E passiamo al secondo caso, pure di grande interesse.

Si tratta di una bambina di 11 anni nei dati famigliari della quale si notano uno zio materno morto per tubercolosi polmonare e il nonno materno morto di forma artritica. Nella famiglia non è registrato nessun caso di diatesi emorragica. Come unica malattia pregressa figura il morbillo. Le sue sofferenze incominciarono all'età di 5-6 anni, con leggero e progressivo decadimento di forze, onde divenne lenta, sonnolenta, astenica, perdendo in un tempo la vivacità, l'appetito ed il colorito. Iniziavano intanto stillicidi sanguigni, probabilmente gengivali, per cui la mattina i genitori vedevano spesso il guanciale macchiato di sangue.

E comparivano pallore ed epistassi, prima poche goccie, poi uno stillicidio, e infine epistassi frequenti ed abbondanti, fino a riempire 3-4 fazzoletti, anche in assenza di traumi. Bastavano piccoli urti perchè la pelle presentasse ampie lividure. Nel maggio 1926 comparve febbre preceduta da brivido e da malessere, e con l'inizio della febbre, epistassi, e la rinorragia fu così imponente che durò 24 ore e dopo questo periodo, portata la bambina all'ospedale di Rovigo, si dovette eseguire un tamponamento. Poi nuova epistassi, e infine guarigione sì che la bambina potè sortire dall'ospedale. E stette bene un anno, ma poi ancora ricomparvero epistassi, più frequenti negli ultimi mesi e duranti ore ed ore, fino a che scomparivano per 15 o 20 giorni. Ne conseguì uno stato di profonda anemia accompagnata talora a dolori così forti agli arti inferiori da provocare il pianto.

La fase recente risale a quindici giorni fa quando comparvero: brivido, cefalea, dolori lombari, febbre, e si ebbe una nuova epistassi che durò oltre 24 ore e ridusse la malata in istato di profonda anemia. Entrava così ancora una volta all'Ospedale di Rovigo ed il primario prof. Avezzù trovava: « stato di anemia profonda, prove emogeniche positive; alla base della tonsilla sinistra una ulcerazione tondeggiante, a margini taglienti e biancastri, con fondo necrotico. Lo studio del sangue mostrò una *agranulocitosi*, cioè una scarsezza notevole dei granulociti, e cioè neutrofili 27 e linfociti 73, mentre esisteva anche una discreta leucopenia (4000 gl. b.) ». E il prof. Avezzù, valoroso allievo della Scuola Padovana ebbe allora la cortesia di inviarmi il caso, appunto perchè potessi farne oggetto di presentazione, del che vivamente quì lo ringrazio.

E voi vedete una bambina di 11 anni, del secondo tipo morfologico, di colorito pallido, cereo, diafano, in uno stato di profonda anemia

che si rivela all'esame della cute e delle mucose; esistono delle piccole petecchie alla superficie anteriore dell'addome e alla cute degli arti; esse non furono provocate da alcun trauma. La cute è succulenta; esiste micropoliadenia; il polso batte a 100-120. La pressione arteriosa è 105-65. Nulla di molto particolare nel resto dell'esame obbiettivo del quale per brevità vi espongo solo i dati principali.

Le gengive sono esangui ma normali e non mostrano segni di scorbuto. Al collo rumore di trottola; nulla all'apparato respiratorio; cuore di forma e limiti normali, e su tutti i focolai si ascolta soffio anemico. All'addome si osserva che il fegato sporge di un dito dall'arco costale; la milza affiora, ed è alquanto aumentata in alto (arriva alla 7ª costa). La percussione dello sterno e delle tibie non provoca dolore. Per quanto riguarda il decorso, vi posso dire che da quando la bambina è in Clinica si è avuto un intensificarsi dei fenomeni, e cioè una nuova imponente epistassi frenata solo dopo la messa in opera di tutti i metodi terapeutici di emostasi locale e generale che han valso da ieri a frenare lo stillicidio. Ieri sera è stata eseguita una trasfusione di sangue, che abbiamo voluto limitare a 50 cc. e fu preso dalla madre il cui sangue si riscontrò dello stesso gruppo.

Vi riassumo le ricerche: orine normali; cuti-reazione tbc.: negativa; reazione Wassermann: negativa.

Es. feci: non uova di elminti. Reaz. Weber: positiva, probabilmente per sangue deglutito.

Alle tonsille: non più lesione ulcerativa, (vedi avanti).

Nel sangue: Hb. 23; gl.r. 1.100.000; V. gl. 1,04; gl.b. 3500.

Formula:

Polin. neutrofili	22,5
Pol. eosinofili	1,5
Pol. basofili	—
Mononucleati	1
Linfociti	75

Piastrine: 33.000.

Prova del laccio: positiva.

(Sapete che se si applica un laccio ad un braccio per 10 minuti con una pressione uguale alla pressione minima arteriosa, nella zona cutanea sottostante possono comparire numerose piccole petecchie. La positività di questo sintoma, da me studiato con Giugni nel 1911, indica che esiste uno stato di fragilità capillare).

Tempo di emorragia: 5,5'-6' (prima 19); (normale 2').

Tempo di coagulazione: 13'.

Retrazione del coagulo: manca.

Sintoma del Patella: manca.

(Si chiama sintoma del Patella quel fenomeno per cui, prelevando una goccia di sangue dal lobulo dell'orecchio dopo intenso stropicciamento della cute, si trovano nel sangue numerose cellule endoteliali prima non esistenti).

Esame otorinolaringoiatrico. Gola: Tonsille leggermente ipertrofiche, pallide a superficie disepitelizzata. Non lesioni ulcerative. Nel *rinofaringe* piccole masse adenoidee piatte ma non stenotizzanti il naso. *Naso*: ipertrofia del turbinato medio. Si ritiene che le epistassi siano legate a un fattore generale (prof. Arslan). *Esame fondo occhio.* Non fatti infiammatori, nè stasi, nè emorragie.

Questi, sinteticamente i dati che la paziente presenta.

Caso singolare quindi, specie se raffrontato con l'altro paziente presentato ier l'altro e che pur oggi vi ho riportato onde poterne fare il confronto.

Siamo anzi tutto in presenza di una sindrome emorragica, dacchè la nostra piccola malata fin dall'età di 5 anni ha presentato emorragie gravi prolungate, a stillicidio, malamente frenabili. Dobbiamo quindi chiederci se vi è emofilia.

Abbiamo veduto fra le ricerche un notevole ritardo del tempo di coagulazione, ritardo determinato dalla lentezza di produzione della trombina e che è la stigmata fondamentale dell'emofilia. Ma gli emofillici hanno anzitutto ritardi assai maggiori; in secondo luogo l'emofilia è propria dei maschi ed ha determinate leggi di trasmissione matriarcale ereditaria per cui è trasmessa solo dalle donne. Un emofillico non trasmette l'emofilia ai figli, mentre le donne, figlie di emofillici, sono apparentemente sane, non hanno segni di diatesi emorragica, ma trasmettono ai figli maschi le condizioni che li faranno divenire emofillici.

Gli emofillici hanno emorragie precoci, a volte perfino dal moncone del cordone ombelicale, pur essendo a stillicidio come qui. A volte però essi presentano emorragie più imponenti, a volte emartrosi; si deve inoltre osservare che l'emofillico ha invero un aumento spiccatissimo del tempo di coagulazione, ma ha negative tutte le altre prove che abbiamo eseguite: tempo di emorragia, retrazione del coagulo, prova del laccio, ecc. e che rappresentano invece le stigmate emogeniche.

Qui son positive tutte le prove emogeniche. Quindi sindrome emorragica a tipo misto emogeno-emofillico ma non emofilia, e in più un quadro ematico che merita tutta la vostra attenzione.

La lesione tonsillare e la neutropenia ci obbligano a discutere l'angina agranulocitica offrendoci insieme l'occasione di una breve digressione chiarificatrice in tema di agranulocitosi.

Quadri leucopenici in corso di malattie infettive sono, come sapete, molto frequenti. A parte le malattie che abitualmente decorrono con leucopenia, il tifo, la maltese, ad es., anche malattie che s'accompagnano di regola a leucocitosi possono in circostanze di partico-

lare gravità dare un quadro ematico opposto di neutropenia. Così, ad esempio, sono stati descritti casi di grave polmonite lobare ipertossica decorsi con notevole leucopenia e durante la pandemia influenzale si è notato che taluni casi di particolare gravità con stato tifoso del malato s'accompagnavano talora a leucopenia e l'esperienza ha insegnato che una leucopenia di alto grado è sintoma di gravità di male. Ma a parte queste leucopenie sintomatiche di speciali stati infettivi, lo Schultz richiamava nel 1922 l'attenzione dei patologi su di un quadro morboso particolare, prevalente nel sesso femminile, in individui di mezza età, caratterizzato da inizio acuto, febbre, decorso rapidissimo, esito mortale; leucopenia di altissimo grado, talora spinta fin quasi alla scomparsa dei granulociti, neutrofili, eosinofili e basofili, ma nessun segno di alterata funzione del sistema eritro e piastrinopoietico. Non anemia, non piastrinopenia, non fatti emorragici. E con questi sintomi ittero o subittero e manifestazioni locali, specialmente alla gola, ma anche altrove, consistenti in ulcerazioni gangrenose o necrotiche localizzate alle tonsille, al velo pendulo, ai pilastri del palato, al faringe, ecc.

Secondo la concezione originale di Schultz la malattia, ch'egli ha denominato agranulocitosi e che successivamente è stata detta anche angina agranulocitica, non è una sepsi da germi abituali, ma sarebbe dovuta, egli ritiene, ad un agente specifico ancora ignoto, dacchè l'emocoltura sarebbe negativa e non esisterebbero focolai purulenti. Pochi casi collimano però in tutto con la descrizione fatta da Schultz e lo schema originario si è andato via via modificando ad opera di autori successivi, pur gravitando intorno al sintoma capitale, la agranulocitosi, che è merito indubbio di Schultz l'aver messo in chiara evidenza.

Così egli riteneva che la malattia colpisse prevalentemente individui di sesso femminile, di media età, mentre oggi sappiamo che anche individui di sesso maschile e in qualsiasi età possono essere colpiti da sindromi analoghe. Per quanto riguarda la durata e l'esito della malattia, si ammette oggi ch'essa non sia necessariamente mortale. Si ammette ancora che il sintoma ittero non abbia il valore patognomonico che l'autore gli attribuiva e lo stesso Schultz ha descritto ultimamente casi decorsi senza ittero. Nè più si considera regola stretta un normale comportamento dell'apparato eritropoietico e piastrinopoietico e l'assenza di fatti emorragici, in quanto la letteratura è abbastanza ricca di casi descritti come agranulocitosi e decorsi con anemia, piastrinopenia e sindrome emorragica. Probabilmente la mancanza di anemia e di piastrinopenia è propria soltanto dei casi a decorso talmente acuto che il patimento del sistema eritropoietico non ha il tempo di manifestarsi. Così pensa che sia Naegeli, il quale non ritiene che anemia, piastrinopenia e sindrome emorragica siano incompatibili con la diagnosi di agranulocitosi.

Oltre a ciò l'ulteriore esperienza ha dimostrato che le lesioni necrotiche anginose possono anche in casi gravissimi mancare. Ho visto io stesso col prof. Veronese un bimbo con lievi fatti emorragici gengivali, grande leucopenia e agranulocitosi (500 globuli bianchi per mm.³ e fra questi un solo granulocita) alta febbre e violenti dolori ossei, e nessuna lesione ulcerativa in gola e il bambino morì cinque giorni dopo esser stato visto da noi, coerentemente alla prognosi infausta che fu subito fatta.

Lo Schultz ha in certo modo riconosciuto questo stato di cose e ha proposto di distinguere l'agranulocitosi vera dalla sintomatica. Alle agranulocitosi sintomatiche vanno ascritti secondo questo autore, stati subleucemici ed aplastico-emorragici che s'accompagnano a scomparsa anche dei leucociti.

Quadri agranulocitici possiamo avere nell'anemia perniciosa, in alcune forme addominali di linfogranuloma, nella cirrosi epatica specialmente d'origine alcoolica, in corso di trattamento con raggi Röntgen o con sostanze radioattive, o con preparati arsenicali, Salvarsan, ecc. Infine, e ciò nel caso nostro ha particolare interesse, quadri agranulocitici si possono avere nelle diatesi emorragiche.

In conclusione, il quadro dell'agranulocitosi s'è andato allargando e oggi la tendenza è di considerare la agranulocisi più come una sindrome che come una malattia, per quanto autorevoli ematologi, il Naegeli ad esempio, ritengano che si debba continuare a tener distinta la agranulocitosi di Schultz, pur facendo luogo ad una maggiore larghezza di sintomi, dalle agranulocitosi sintomatiche.

Il fondamento comune è forse una latente meiopragia del sistema granulocitico (e la prevalenza della sindrome nel sesso femminile potrebbe appunto essere espressione di un fattore costituzionale), meiopragia che infezioni intercorrenti di varia natura possono mettere in evidenza. La poussée agranulocitica concorre ad imprimere un andamento grave all'infezione, e le lesioni prendono un tipo rapidamente necrotico appunto per la mancanza della difesa leucocitaria e i focolai necrotici divengono a loro volta punto di partenza di sostanze mielotossiche, concorrenti ad aggravare minacciosamente la sintomatologia.

Comunque sarà compito dei ricercatori futuri lo stabilire se la malattia di Schultz abbia o meno diritto ad esser considerata una entità nosografica, con agente eziologico proprio o se debba in certo modo comprendersi nella sindrome agranulocitica in senso lato. Nel caso della nostra malata tuttavia è certo

che il sintoma centrale su cui impostare il ragionamento diagnostico non è l'agranulocitosi.

Se anemia e fatti emorragici, contrariamente alla originaria opinione di Schultz non contraddicono alla diagnosi di agranulocitosi, essi pur tuttavia sono sintomi accessori e probabilmente, come abbiamo visto, tardivi. Nella nostra malata sono stati invece sintomi di primo piano in quanto emorragie e stato anemico esistono già da anni. Non possiamo escludere che una carenza granulocitica abbia preceduto l'ultimo episodio, ma possiamo certamente escludere fosse di grado tale da dominare la sintomatologia.

Qui fatto principale è la condizione emorragica e la presenza di gravi stigmate emogeniche, mentre la agranulocitosi non è che un sintoma nel quadro più ampio d'una malattia ematica di cui dovremo stabilire la formula.

V'è anemia di alto grado: Hb 0,23; gl. rossi 1 milione. Valore globulare superiore alla norma, leucopenia e piastrinopenia.

Sarà una anemia perniciosa progressiva a carattere emorragico? No. I globuli rossi sono di apparenza normale, non si vedono megaloblasti, nè megalociti. Quindi anche se il valore globulare è superiore all'unità possiamo escludere la forma perniciosa.

D'altronde non abbiamo trovato in circolo nemmeno normoblasti, il che significa che ad onta della grave anemia il midollo osseo non tradisce alcuna attività riparatrice, nè è in grado di gettare in circolo forme giovani. Il tipo di anemia è arigenerativo cioè aplastico. Vi è anemia, leucopenia, piastrinopenia; un quadro ematico cioè esattamente opposto a quello del malato precedente. Ma al di sopra del quadro ematico vi è il quadro clinico e quest'ultimo è dominato dalla sindrome emorragica.

Dobbiamo dunque cercare anzitutto in quale malattia emorragica si possa inquadrare il nostro caso.

Già abbiamo discusso ed eliminato l'emofilia e sarebbe superfluo discutere lo scorbuto.

Vediamo piuttosto se nel grande gruppo delle porpore sia possibile riconoscere un quadro clinico che corrisponda al nostro.

Ricordiamo anzitutto per completezza didattica, ma semplicemente per escluderla, la peliosi reumatica o morbo di Schoenlein-Henoch, che si differenzia dalle porpore emorragiche per tutta una serie di manifestazioni cliniche ed ematiche. Basterebbe ricordare che nei malati di peliosi reumatica *manca* ogni stigmata emogenica, e cioè che il tempo di coagulazione, il tempo di emorragia, il numero delle piastrine sono normali, che la prova del laccio suole esser negativa, per escludere senz'altro che nel caso nostro si possa trattare di tale malattia. Nella peliosi reumatica la sintomatologia non è dominata dalle manifestazioni emorragiche, che hanno carattere facoltativo e importanza abitualmente trascurabile, bensì dalle manifestazioni reumatiche ed endocarditiche, dalla febbre, dalle manifestazioni cutanee a tipo trasudativo, essudativo; eritemi, papule, orticaria, edemi.

E completamente diversa è la patogenesi della peliosi in confronto delle porpore emorragiche. Qui domina il fattore di alterazione ematica, mentre l'indirizzo odierno sulla patogenesi del morbo di Schoenlein-Henoch propende piuttosto per l'opinione prospettata da Frank, che si tratti cioè di una tossicosi capillare emorragica da attribuirsi secondo alcuni a tossine forse batteriche, secondo altri a prodotti di scissione proteica, capaci di dare fenomeni allergici tanto che si è da taluno designata la peliosi reumatica come una porpora anafilattoide. Comunque nulla è nella nostra malata che ricordi il morbo di Schoenlein. E venendo allora alle porpore emorragiche vediamo se non si possa trattare d'una porpora sintomatica.

Manifestazioni emorragiche in corso di malattie infettive sono abbastanza frequenti: la scarlattina, la meningite cerebro-spinale epidemica, il tifo, la maltese, la sifilide, diverse forme di sepsi, possono dare manifestazioni a tipo di porpora. Altre porpore sono sintomatiche di endoteliosi. Alcuni malati, specialmente nell'endocardite lenta presentano nel sangue un reperto singolare rappresentato da cellule endoteliali che in parte provengono dagli endoteli dei capillari periferici che si sono sfaldati e son caduti nel torrente circolatorio; in parte sono invece espressione di affezione del sistema reticolo-istiocitario specialmente del fegato e della milza. Queste forme s'accompagnano con una certa frequenza ad emorragie, cosicchè il Frank parla anche di endoteliosi emorragica.

Vi sono poi porpore sintomatiche di avvelenamenti (benzolo, arsenico, salvarsan, piridina, etc.) o di stati di carenza vitaminica (scorbuto e malattia di Barlow). Basta nominare tutte queste forme per qui escluderle.

Un gruppo particolare di porpore, a caratteri forse non del tutto definiti, è rappresentato dalle forme sintomatiche di malattie del sangue; sono le manifestazioni emorragiche che frequentemente accompagnano le mielosi sia aplastiche che iperplastiche.

A proposito del caso precedente abbiamo anzi già accennato ai concetti della moderna ematologia che tende a spostare dal sangue al midollo i criteri nosografici per la classificazione di queste malattie. Le malattie del tessuto mieloide, o *mielosi*, sono state inquadrate dalla scuola di Ferrata e più particolarmente da Di Guglielmo in una classificazione ch'è stata largamente accettata e merita d'essere ricordata. Egli distingue le mielosi in parziali, miste e

globali, a seconda che uno solo dei tre sistemi, l'eritroblastico, il leucoblastico o il piastrinoblastico, o due di questi o tutti tre sono coinvolti nel processo morboso. Ognuna di queste forme può essere a carattere iperplastico o ipoplastico o aplastico, e il quadro ematico sarà in ogni caso differente per numero di elementi e per la loro qualità.

Tra le mielosi iperplastiche voi conoscete le leucemiche, che sono spesso leucopiastrinemiche e vanno allora considerate come mielosi iperplastiche miste. Abbiamo visto che cosa sia la mielosi globale iperplastica semplice o morbo di Vaquez. Abbiamo accennato alla mielosi eritremica, alla eritroleucopiastrinemia di Di Guglielmo.

Se le forme iperplastiche sono tra le più note e le più frequenti, non mancano tipi di mielosi a carattere ipoplastico o aplastico, sia a carico del sistema eritroblastico; mielosi eritropenica con quadri ematici di anemia aplastica, sia a carico del sistema granulocitico e piastrinoblastico; mielosi leucopeniche come nella agranulocitosi, e mielosi piastrinopeniche, di cui parleremo più avanti.

Avrete certo sentito anche parlare della *trombopenia maligna* o *aleucia emorragica* di Frank, denominazione che voi utilmente sostituirete col nome più esatto di *mielosi globale ipoplastica* o *aplastica* a seconda dell'intensità del processo, perchè i nomi prima ricordati potrebbero farvi ritenere che uno soltanto dei sistemi citopoietici del midollo sia colpito, mentre in realtà anche gli altri sono morbosamente partecipi. La formula ematica della *mielosi globale aplastica* è la *eritroleucopiastrinopenia.*

Il quadro clinico è dominato dall'anemia grave o da fatti emorragici, spesso con manifestazioni a tipo necrotico o difteroide quali abbiamo visto esser proprio dell'agranulocitosi.

Si tratta di individui fortemente anemizzati, ma senza segni di reazione eritroblastica, con granulocitopenia e linfocitosi relativa con piastrinopenia, con note spiccate di emogenia: tempo di emorragia molto prolungato, coagulo irretraibile, segno del laccio positivo, tempo di coagulazione normale o quasi.

È certo che in questo momento la nostra malata presenta un insieme di sintomi molto simile a quello or ora tracciatovi. Ma noi non possiamo accontentarci di diagnosticare staticamente le condizioni attuali della nostra malata, ma dobbiamo, se possibile, precisare di più, dobbiamo cercare di renderci ragione in che modo e attraverso quali fenomeni si sia giunti allo stato attuale.

La malata ha una lunga storia di emorragie a ripetizione. Lo stato anemico s'è stabilito lentamente, attraverso le perdite continue di sangue, ma con intervalli anche abbastanza lunghi, di notevole benessere, di apparente guarigione. I fatti acuti febbrili e il grave quadro attuale infine sono storia di pochi giorni. Siamo quindi arrivati alla mielosi globale aplastica, al quadro dell'aleucia emorragica attraverso manifestazioni emorragiche ripetutesi e al probabile progressivo esaurirsi del potere di reazione del midollo. E allora è evidente che non l'emorragia è sintoma della mielosi, ma che probabilmente l'insorgere della mielosi è stato favorito dall'esistenza di una precedente condizione e diatesi emorragica che ha esaurito l'attività midollare.

E allora poichè abbiamo successivamente escluso la pielosi reumatica, l'emofilia, la agranulocitosi di Schultz, le porpore sintomatiche, dobbiamo di necessità pensare che la malattia prima sia quì la vera porpora emorragica, il *morbo maculoso di Werlhof*, malattia che oggi ha molti nomi: Trombopenia essenziale di Frank, Porpora trombopenica di Schultz, Emogenia di Weil, Porpora trombocitolitica di Kaznelson, tutte denominazioni quest'ultime che più o meno vogliono essere indicatrici della patogenesi. Poichè l'accordo fra i patologi è tutt'altro che raggiunto, restiamo al classico nome di morbo di Werlhof.

È una malattia nella quale il fatto emorragico è l'elemento essenziale, ed è caratterizzata dalla presenza costante di quelle stigmate che il Weil ha detto emogeniche e che noi abbiamo visto esser presenti in pieno nella nostra malata.

Il Weil ha avuto il merito di riconoscere e dare particolare importanza al fattore costituzionale della malattia mettendo in evidenza, mediante uno studio sistematico, la esistenza di stigmate emogeniche persistenti anche in individui non apparentemente affetti da diatesi emorragiche e che spesso non venivano neppur considerati dei malati, o in individui in periodi lontani da manifestazioni emorragiche e in istato di apparente salute.

L'emogenia è più frequente nella donna che nell'uomo, compare spesso all'epoca della pubertà, sotto forma di menorragie insistenti, prolungate, o di epistassi recidivanti, come nella nostra malata, e può persistere per tutta l'esistenza o manifestarsi per crisi separate da lunghi intervalli normali. Nella forma abituale alle emorragie viscerali s'associa la porpora cutanea. Tutti questi individui presentano come abbiamo detto, trombopenia, irretraibilità del coagulo, allungamento del tempo d'emorragia, tempo di coagulazione normale, segno del laccio e fenomeni equivalenti di fragilità vascolare positivi.

Si distingue abitualmente una forma a inizio brusco e decorso acuto e un'altra a decorso cronico con crisi emorragiche più o meno distanziate.

Può darsi che le differenze non si limitino soltanto al decorso, ma stiano ad indicare il concorso maggiore o minore del fattore costituzionale. V'è chi crede che il morbo di Werlhof sia sempre legato a una condizione costi-

tuzionale di labilità del sistema piastrinopoietico. Altri autori, il Ceconi, ad esempio, opinano che soltanto le forme croniche meritino d'essere considerate come di natura costituzionale. Secondo altri infine anche talune delle forme croniche non sarebbero costituzionali ma acquisite come sarebbero acquisite tutte le forme acute.

La forma acuta del morbo di Werlhof si differenzierebbe dalla forma costituzionale per il decorso progressivo senza gli intervalli caratteristici della cronica, e per l'assenza di manifestazioni emorragiche precedenti.

Molto discussa la patogenesi della malattia e la interpretazione di alcuni sintomi.

È ovvio che il problema fondamentale è l'interpretazione del fenomeno emorragico che domina la sindrome. La spiegazione oscilla tra due poli: la trombopenia e uno speciale stato di fragilità vascolare.

È certa, ed è stata accertata da molto tempo, la stretta coincidenza fra il diminuire del numero delle piastrine e l'insorgenza di fatti emorragici. Ma è altrettanto noto che piastrinopenie di grado altissimo, spontanee o sperimentali, possono non accompagnarsi ad emorragia. Molte malattie portano a diminuzione fortissima del numero delle piastrine e pur possono decorrere senza emorragie (linfogranuloma, anemia perniciosa, leucemia). Ma v'è di più: in alcuni malati di morbo di Werlhof nei quali l'estirpazione della milza ha determinato la cessazione immediata delle emorragie, non s'è visto aumentare il numero delle piastrine, come di regola invece avviene e rapidissimamente in questi malati dopo splenectomia.

È difficile in base a questi fatti accettare senz'altro la dottrina di Frank che nella piastrinopenia vede la causa unica, fondamentale, della sindrome emorragica. Cosicchè si può giustificare il tentativo di cercar piuttosto nella fragilità delle pareti vascolari la causa delle emorragie. La prova del laccio ch'io ho sistematicamente studiata con Giugni fin dal 1911, la prova del martello, la prova di Koch, la prova di Hess (1) che sono positive nel morbo di Werlhof, sono appunto espressione di una condizione abnorme di labilità delle pareti vascolari. E secondo alcuni autori starebbe appunto in questa fragilità capillare la causa della malattia (angiopsatirosi - fragilità vasale di Ceconi). Tanto più che non soltanto i capillari sono più fragili che di norma, ma che oggi si sa esistere anche una dimostrabile alterazione, una deficenza nell'importante funzione dell'autogoverno della circolazione capillare.

Per mezzo del micromanipolatore si sono inferte delle piccole ferite ai capillari e si è veduto che se i capillari sono normali, il capillare ferito e i più prossimi restano contratti per alcuni minuti e si dilatano solo più tardi, quando le labbra della ferita si sono accollate. Se il capillare è grosso avviene spesso anche una inversione della corrente dopo un certo tempo. C'è dunque un autogoverno dei capillari che regola la funzione capillare nelle emorragie e questo autogoverno, come Di Guglielmo ricorda, negli emogenici risulta alterato. Ma se la fragilità capillare ci spiega forse meglio della piastrinopenia la facilità alle emorragie, sarebbe arbitrario ritenere che essa costituisca l'essenza unica e fondamentale della malattia. Non esiste morbo di Werlhof senza piastrinopenia. E questo fondamentale e costante reperto va pur sempre tenuto quindi nel maggior conto.

È ancora sub judice il meccanismo per il quale il numero delle piastrine diminuisce nel sangue di questi malati. Tantopiù che tuttora, malsicure sono le nostre nozioni sull'origine di questi elementi; e se la maggioranza degli autori accede alla dottrina di Wright che ne sostiene la genesi megacariocitica, non bisogna tacere che da varie parti, anche recentemente da parte di autori italiani (Perroncito), si sono levate serie obbiezioni contro tale dottrina. Ammesso, con queste riserve, che il tessuto piastrinopoietico sia costituito dai megacariociti del midollo osseo, v'è chi ritiene che la insufficiente piastrinogenesi sia da attribuire ad una insufficienza congenita. Perciò il Glanzmann parla di *Tromboastenia ereditaria emorragica*. Altri invece, e sono la maggioranza, ritengono che si tratti di forma acquisita, di una tossicosi che colpisce elettivamente il sistema piastrinopoietico mentre lascia intatto, nella forma pura, gli altri due sistemi, il leuco- e l'eritroblastico.

Accettando la terminologia di Di Guglielmo noi dovremo parlare quindi di una *mielosi parziale ipoplastica, o aplastica, piastrinemica*. E difatti lo studio istologico del midollo osseo in malati di morbo di Werlhof dimostra, secondo vari autori (Frank, Gaspar, Di Guglielmo, Jedlike) la presenza di alterazioni evidenti a carico dei megacariociti; il che è in buon accordo con l'ipotesi di deficiente piastrinogenesi.

Ma se dobbiamo ritenere che sia questo il fatto primitivo e fondamentale, non escludiamo con ciò che anche un altro elemento, la distruzione esagerata delle piastrine, non debba concorrere nel determinismo della piastrinopenia. Il problema s'impernia sull'importanza del fattore splenico.

Che la milza abbia una parte di prim'ordine nella patogenesi della malattia è dimostra-

(1) La prova del martello si esegue percuotendo la cute sopra un piano osseo (tibia, sterno); se è positiva si formano degli ematomi. Per la prova di Koch si fanno 5 punture su 4 cmq. di pelle; in caso di labilità capillare si formano delle macchie emorragiche. Nella prova di Hess s'inietta nella cute della soluzione fisiologica; se è positiva si forma un ematoma.

to dai risultati della splenectomia, poichè questo intervento chirurgico determina la normalizzazione istantanea del circolo e delle attività capillari e dà luogo ad un repentino aumento del numero delle piastrine. Sembra dunque che veramente nel morbo di Werlhof le proprietà piastrinolitiche della milza siano esaltate, forse perchè le piastrine formate da un sistema megacariocitico alterato hanno minore resistenza, scarso valore, e vanno più facilmente incontro a processi di lisi. È probabile poi che il fattore splenico agisca anche in un'altra direzione inibendo a distanza la piastrinogenesi, analogamente alla inibizione che ormoni splenici, secondo taluni AA., eserciterebbero sulla eritrogenesi e forse anche sulla leucogenesi. Dopo la splenectomia, venendo a mancare l'azione ormonica inibente della milza, si avrebbe un rapido aumento nella produzione delle piastrine.

Quale dei due fattori, esagerata piastrinolisi o deficente piastrinogenesi prevalga e quale sia invece primitivo o secondario, è questione discussa, ma a parer nostro non risolta ancora. Certo è che la tendenza odierna è di avvicinare le due vedute estreme ed ammettere che fattore splenico e fattore megacariotossico s'intreccino nel determinare una piastrinogenesi insufficiente o alterata e una esaltazione della piastrinolisi.

Comunque ben evidente è l'importanza pratica ai fini terapeutici, della nozione del concorso del fattore splenico nella malattia, perchè questa ci indirizza senz'altro all'intervento chirurgico, alla splenectomia, che può, nel morbo di Werlhof, determinare la guarigione immediata. L'operazione può essere eseguita anche in periodo emorragico; poichè è ben comprovato che dal momento in cui il chirurgo lega l'arteria splenica si arrestano le emorragie dei capillari periferici.

Certo se il malato guarisce clinicamente, non sempre guarisce anche biologicamente, poichè mentre in un primo momento spariscono tutti i segni emogenici, è vero anche che dopo un certo tempo in casi eccezionali essi possono tornare e pur tuttavia non manifestarsi nuove emorragie. E questo è certamente un argomento contro l'ipotesi che nella milza soltanto si debba ricercare l'origine prima della malattia a meno che non si tratti di casi con attività supplementare assunta da milze succenturiate.

Ma tornando alla nostra piccola malata, venuti dunque nel concetto che la malattia fondamentale e primitiva sia quì il morbo maculoso di Werlhof possiamo comprendere anche la sequela morbosa attraverso la quale siamo giunti al quadro attuale di una mielosi globale aplastica, per il sovrapporsi di fenomeni di esaurimento degli altri due sistemi midollari, l'eritroblastico e il granulocitico, alla primitiva lesione del sistema piastrinopoietico. Non è affatto eccezionale che mielosi inizialmente parziali, eritremiche, leucemiche, piastrinemiche, si tramutino nel decorso successivo in mielosi miste o in mielosi globali.

Se per utile schematismo nosografico il midollo è stato diviso in sezioni, non bisogna dimenticare ch'esso è un organo che funziona come un tutto armonico, e che il patimento di uno dei suoi elementi non può non ripercuotersi anche sulla funzione degli altri. Non solo, ma dobbiamo anche dire che se è vero che l'agente nocivo, qualunque esso sia, può dimostrare una affinità elettiva per alcuni elementi piuttosto che per altri (e l'esistenza di mielosi parziali ne è documento), è difficile che a lungo andare anche gli altri elementi non ne restino più o meno danneggiati.

Vi è infine il fattore emorragico ripetuto. E voi sapete come attraverso uno stillicidio continuo di sangue, da qualunque causa, si possa arrivare a quadri gravissimi di anemia aplastica, per esaurimento del sistema eritropoietico. Il sommarsi di questi elementi, il concorso probabile di un fattore infettivo banale (angina necrotica constatata prima del ricovero in clinica) ma tanto più grave in un organismo in cui il sistema leucocitario di difesa è insufficiente, ha determinato in un soggetto predisposto un successivo esaurimento di tutti i sistemi, una incapacità produttiva delle cellule primordiali del midollo, quindi le tre sindromi sovrapposte, o meglio la loro fusione nel quadro che tutte le comprende di una mielosi globale aplastica. Era dunque interessante presentarvi questo caso che realizza condizioni simmetricamente opposte a quelle del primo malato.

Dato che il morbo di Werlhof cronico è stato quì la base della malattia si deve eseguire la splenectomia. L'intervento non ha mortalità molto alta, e d'altro canto non intervenendo la malata va incontro a pericoli sempre più gravi.

Per il momento ci converrà risollevare la malata con qualche trasfusione, ricordando che in questa malattia esse vanno eseguite con molta prudenza, e attendere il momento opportuno per consegnarla al chirurgo.

***

Epicrisi. Il primo caso fu trattato con Lienase Serono (tre cucchiai al dì) e con Röntgenterapia a dosi frazionate, irradiando i vari segmenti delle ossa lunghe, lo sterno, il rachide e la milza. E i risultati (vedi per dettagli di tecnica il lavoro di De Antoni e Dall'Acqua della mia clinica, pubblicato in Haematologica 1931), furono ottimi poichè in pochi mesi i globuli rossi scesero a 4.500.000, i leucociti passarono a 7500, l'emoglobina a 80 e scomparvero albumina e cilindri, mentre le condizioni del malato grandemente migliorarono con ripristino delle forze e del senso di benessere che ancor dopo oltre un anno du-

rava immutato con reperto (a distanza di un anno dalla fine del trattamento) di Hb. 94, globuli rossi 4.857.000, leucociti 10.500, piastrine 300.000.

La bimba passata in clinica chirurgica, non ostante altre trasfusioni, presentava nuove gravissime epistassi e otite suppurativa grave, per il che la famiglia rifiutato l'intervento trasportava la piccola paziente a casa ove subito dopo veniva a morte.

TRIBUNA LIBERA

R. Clinica Medica di Catania

diretta dal Prof. Luigi Ferrannini.

A proposito dell'azione dell'insulina sulle soglie renali.

(Risposta al Prof. Bufano).

Dott. Giuseppe Sorge, assistente.

In una breve nota comparsa sul n. 36, 1931, di questo giornale, riassumevo i risultati di alcuni studi miei e della dott.ssa Iacono relativi all'azione dell'insulina sulle soglie renali di escrezione del glucosio, del cloro e dell'acqua.

Tali risultati, secondo i quali durante il trattamento insulinico, nei diabetici e nei sani, si ebbe aumento dei valori glicemici, cloremici ed idremici con diminuzione della glicosuria (nei diabetici), della cloruria e della diuresi, e nei sani scomparsa dell'effetto glicosurico dalla somministrazione sottocutanea di 1 cg. di florizina, erano unificabili nel concetto, cui informammo le nostre conclusioni, che l'insulina facesse elevare le soglie renali del glucosio, del cloro e dell'acqua.

Incidentalmente, in tale nota si faceva rilevare che i nostri risultati suonavano conferma a quelli, perfettamente analoghi, registrati da Villa e da Intrözzi nell'insulinoterapia del diabete insipido, e nel contempo trovavano in essi appoggio, mentre erano in contrasto all'opinione espressa da Bufano (*Rif. Med.*, 1931, n. 19) che, come ormone vagotropo, l'insulina dovesse abbassare la soglia renale del glucosio.

In una nota comparsa nel n. 43 di questo periodico, il Bufano si è affrettato a precisare che egli intendeva riferirsi unicamente al diabete renale ed al diabete florizinico, e non ai reni normali. Prendiamo atto senz'altro di questo chiarimento che il prof. Bufano ha creduto di dover aggiungere, e che suona conferma ai nostri risultati ed alle nostre concezioni; e notiamo, inoltre, che l'apparato renale dei diabetici, nei quali i fenomeni da noi osservati sono così evidenti come nei soggetti normali, non è quasi mai, specialmente dal punto di vista funzionale, un apparato renale sano; e che, se esiste ed è ben conosciuta una lesione renale florizinica, non altrettanto può dirsi per il diabete renale.

Il Bufano poi, appoggiandosi principalmente alle note osservazioni di diabetici *gravi* con glicemie altissime e glicosurie nulle o modeste, indipendentemente da ogni trattamento insulinico, si mostra dubbioso di fronte al quesito se i miei risultati dimostrino « inequivocabilmente » una modificazione delle soglie renali operata dall'insulina. Ora, un diabetico insulinizzato non è in nessun senso paragonabile ad un diabetico grave; e poi vi è il fatto inoppugnabile che nei nostri casi l'iperglicemia e l'aglicosuria, prodotte dall'insulina e non spontanee, scomparivano col sospendere della cura insulinica e non spontaneamente. Le nostre conclusioni, dunque, sono ben giustificate.

D'altronde, non riusciamo a farci una ragione della renitenza dell'A. di fronte ad una interpretazione che non ha nulla di pregiudizievole. Per alcune sostanze, che devono trovarsi nel sangue ad una data concentrazione, esiste un tasso critico, una concentrazione liminare, al disopra della quale il di più viene allontanato dalla secrezione urinaria. Da questa constatazione è nato il concetto di *soglia di escrezione*, esprimente questo tasso critico, concetto che da Magnus in poi, e se si vuole anche da C. Bernard, ha fatto fortuna ed è ancora ammesso. Ma naturalmente si tratta solo di un'immagine rappresentativa, che probabilmente non corrisponde nemmeno alla realtà fisiologica, in quanto le sostanze secrete non passano direttamente dal sangue al torrente urinario, senza subire modificazioni intermedie (Ambard e Schmid). Nel loro recente manuale di patologia renale, Widal e Lemierre ribadiscono il concetto che « se si continua ad utilizzare la nozione di soglia, è perchè in essa è una terminologia comoda, e con essa sono state effettuate la maggior parte delle ricerche moderne sulla secrezione urinaria. Ma non vi si deve vedere che una maniera semplice di esporre i fatti, senza alcun pregiudizio per il meccanismo intimo della secrezione renale ».

In queste condizioni, ogni variazione, come quelle da noi osservate, del rapporto fra concentrazione ematica ed eliminazione urinaria delle sostanze a soglia, quando si verifica costantemente e nello stesso senso, come nelle nostre ricerche, può essere interpretata quale variazione delle rispettive soglie di escrezione renale. La nostra interpretazione delle variazioni osservate rappresentava il modo più a-

gevole e semplice di riportarle ad un comune denominatore accettabile: quindi la perplessità del Bufano di fronte ad essa non ha ragione di essere. Del resto, che l'insulina possa esplicare un'azione *diretta* sull'apparato renale si deve per lo meno sospettare in base ad osservazioni come quelle di Weiss, Kraus e Selye (*Klin. Woch.*, 1928, II, 1627) relative al riscontro di particolari lesioni a tipo nefritico acuto in diabetici trattati con insulina e morti in coma.

D'altro canto, però, nessuno ha mai ritenuto che il determinismo delle soglie renali sia circoscritto al rene: il rene è soltanto la stazione di convegno di tutti gli stimoli e le reazioni che influenzano e governano le soglie renali, come influenzano e governano, in genere, la secrezione urinaria. Questo concetto era chiaramente enunciato nella mia nota, in cui si esprimeva l'opinione che l'azione dell'insulina sulle soglie renali non dovesse considerarsi come « un'azione diretta, locale, renale com'è dimostrato per l'azione florizinica », ma piuttosto come « un'azione indiretta, esercitantesi sugli apparati estrarenali che governano o influenzano i fenomeni secretori ».

Per quanto riguarda la mancanza della glicosuria florizinica nei sani insulinizzati, il Bufano ritiene che per essa possa invocarsi un'altra spiegazione diversa dalla nostra; ma noi siamo perfettamente persuasi che esistano almeno altri dieci modi di spiegare il fenomeno. Però elencarli tutti non servirebbe a nulla: le teorie sono giustificate ed accettabili solo quando servono a presentare dei dati di fatto.

Se no, è molto meglio lasciarle negli armadi della coscienza, come vassoi vuoti.

Catania, 10 novembre 1931-X.

Pubblicheremo prossimamente:

Alessandrini P., *In tema di stitichezza;*

Frugoni C., *Lezione: Ascesso polmonare tifico con perforazione nel cavo pleurico e pio-pneumotorace consensuale;*

Mendes G., *Evoluzione del concetto e della pratica della pneumotorace;*

Pergola M., *Allestimento e titolazione delle soluzioni di tellurito potassico occorrenti per il « siero-uovo-tellurito »;*

Spolverini L., *Nuovi progressi di tecnica nell'allattamento artificiale;*

Taddei D., *Di un procedimento semplice per stasare i cateteri introdotti negli ureteri senza modificare la concentrazione dell'urina*

ed una copiosa e varia casistica.

In preparazione:

Numeri monografici di gastro-enterologia, neurologia, tisiologia, urologia.

SUNTI E RASSEGNE.

CHIRURGIA.

Il fenomeno di Ipsen nella narcosi.

(J. FOGED. *Dt. Zeit. f. Ch.*, vol. 229, dicembre 1930).

Lo studio della oscillometria e della temperatura cutanea rende conto delle condizioni del tono delle arterie periferiche durante la narcosi. J. Ipsen ha studiato la temperatura cutanea che, *coeteris paribus*, è in rapporto alla quantità di sangue scorrente nell'unità di tempo, che a sua volta dipende dal tono delle arterie periferiche: una dilatazione arteriosa impone un maggior passaggio di sangue e quindi aumento di temperatura.

L'A. ha ripetuto le ricerche di Ipsen studiando la temperatura cutanea, specialmente della pianta dei piedi dove si hanno le maggiori variazioni, durante 422 anestesie.

Nella narcosi eterea (249 casi) si nota un aumento di temperatura media di circa 5° (fenomeno di Ipsen). Si può stabilire una curva tipica in cui si distinguano un prestadio della durata di 10-15 minuti all'inizio della narcosi in cui la temperatura non subisce aumenti; il periodo di aumento che dura 10-15 minuti, in cui la temperatura si porta al valore massimo; il periodo di stato in cui la temperatura si mantiene al valore raggiunto durante tutta la durata della narcosi.

L'aumento della temperatura cutanea è maggiore nelle regioni più fredde; l'aumento massimo osservato fu di 10°.

Nella narcosi numalica, cloroformica, cloroetilica e nella anestesia lombare furono trovate le medesime variazioni. Nella anestesia locale non si ha aumento di temperatura.

Si distinguono curve fisiologiche e curve patologiche dell'aumento di temperatura cutanea; fisiologiche quando si ha un aumento di almeno due gradi o più, secondo una curva come quella descritta; patologiche quando si ha una caduta della temperatura, o quando dopo un aumento interviene una caduta.

Le curve patologiche possono essere provocate da *a*) cause locali (operazioni presso i vasi o i nervi degli arti per cui possa intervenire una vasocostrizione; posizioni di Trendelemburg; lacci emostatici), *b*) cause generali (stati febbrili elevati, arteriosclerosi).

Ma si hanno curve patologiche anche in casi in cui non si trova nessuna delle condizioni citate; in questi casi, secondo Ipsen, la mancanza di una « fisiologica reazione arteriosa alla narcosi » starebbe in favore di una cattiva prognosi per il decorso durante e dopo l'operazione (segno di Ipsen).

L'A. ha controllato nei suoi casi il segno di Ipsen concludendo che invero quando non si ha aumento di temperatura cutanea durante

la narcosi all'infuori delle cause citate prima la mortalità è più alta, anche in gruppi di casi in cui si poteva porre una favorevole prognosi clinica. P. STEFANINI.

Sulla sindrome pallore ed ipertermia post-operativa nei lattanti.

(MICOTTI. *Giornale Medico dell'Alto Adige*, fasc. II, 1931).

La sindrome di ipertermia post-operatoria e di pallore nei bambini è clinicamente caratterizzata da un'ascesa progressiva della temperatura (41°-42°) qualche ora dopo l'intervento ed è accompagnata da pallore marcatissimo, da un cerchio livido attorno agli occhi e alla bocca, polso celerissimo e respiro frequentissimo. È seguita generalmente da una morte rapida ed improvvisa per sincope cardiaca, che può avvenire dalle quattro alle sedici ore dopo l'intervento chirurgico.

Tale sindrome si osserva prevalentemente nei bambini che non hanno superato i sei mesi, raramente in quelli che hanno oltrepassato l'anno di vita, e può manifestarsi sia in seguito ad interventi gravi che lievi. La patogenesi resta molto oscura nonostante le numerose ipotesi invocate.

Ombrédanne dà grande importanza allo choc traumatico ed a proposito della cura propone un trattamento da effettuarsi in vari tempi. Prima dell'atto operatorio: nessun digiuno prolungato, non purgante ma solo un piccolo clistere evacuativo, avvolgimento con ovatta degli arti inferiori prima che il bambino venga portato in sala operatoria.

Durante il periodo operatorio: anestesia generale con l'etere, manovre operatorie rapide e delicate.

Nel periodo post-operatorio: cataplasmi senapati sul petto, proctoclisi con soluzione fisiologica isotonica, somministrazione di adrenalina (5 gocce) mattina e sera.

Micotti ha unito a tali cure consigliate da Ombrédanne l'iniezione endomuscolare di sangue materno nelle dosi di 2-3 cmc, ottenendo in due casi risultati brillanti. Tale cura, che probabilmente agisce come eteroproteinoterapia, ha dato già risultati buoni in casi di grave deperimento dei lattanti e in diverse forme infettive. GIACOBBE.

EPIDEMIOLOGIA.

Epidemiologia sperimentale.

(M. GREENWOOD. *The Lancet*, 8 agosto 1931).

È noto che Galeno ammetteva tre fattori per lo sviluppo delle epidemie, cioè le due attitudini innate od acquistate del corpo, il temperamento e la procatarsi, ed un fattore esterno, la catastasi atmosferica; quest'ultimo fattore determina la qualità ed i due primi la gravità dell'epidemia. Secondo le sue vedute, la differenza fra una e l'altra epidemia è più che altro dovuta alle condizioni di coloro che vi sono esposti piuttosto che alla natura dell'infezione stessa. Egli avrebbe spiegato la differenza fra le due epidemie influenzali del 1918-19 e del 1931, non già con la differenza della catastasi, (o come diremmo modernamente dell'agente infettivo) ma per le resistenze contrastanti.

Di parere diverso è stato Sydenham che ha dato invece grande importanza alla catastasi, popolarizzando la dottrina della costituzione epidemica; secondo lui le due epidemie di influenza avrebbero differito come differiscono le vendemmie in due anni diversi, cioè, per il fatto che il complesso dei fattori essenziali cosmici e biologici è mutato.

Questi richiami storici non sono inutili perchè dimostrano che, in fondo, noi abbiamo cambiato le parole, ma stiamo sempre battendoci sugli stessi problemi che i batteriologi hanno creduto di risolvere, ma sono caduti nell'errore di un'eccessiva semplificazione, limitando il loro piccolo mondo all'esperimento individuale che è ben lungi dal riprodurre le condizioni dell'intiero mondo degli esseri umani.

L'A. ha proseguito per lungo tempo degli esperimenti su comunità di topi, in cui egli introduceva degli individui infettati od inoculati con *Past. muriseptica* o con *Bac. aertrycke*. Si può obbiettare ad esperienze di simil fatta che non tutti i topi si trovano nelle stesse condizioni dell'esperienza stessa e che soprattutto i topi non sono uomini; ma non si può disconoscere che le esperienze hanno assodato fatti interessanti che possono gettare una viva luce anche sulle epidemie umane.

Risulta da esse che la mortalità secolare (1) di ogni collettività segue graficamente lo stesso andamento che per la mortalità umana seguìta per parecchie generazioni. Al pari degli studiosi di statistica, l'A. non ha trovato una vera legge che governi la periodicità delle epidemie; nemmeno ha potuto assodare (ciò che invece hanno fatto degli epidemiologi di altri paesi) che le variazioni stagionali od i cambiamenti della dieta od altri fattori ambientali influiscono sulla storia epidemica di ogni collettività e modificano il decorso secolare nelle epidemie.

Importante è il fatto che l'A. ha potuto assodare, che cioè una volta che una collettività è stata infettata in modo specifico, la malattia prende piede in essa e, quando la collettività viene rifornita con individui sani e

(1) L'A. ha studiato l'andamento della mortalità e delle epidemie col metodo statistico, rapportando i dati ottenuti in equivalenti della vita umana, che è 13 volte più lunga che quella del topo; quindi 7 anni e mezzo circa per il topo corrispondono ad un secolo per l'uomo.

non immuni continua per molte generazioni, ritornando dopo dei periodi di quiescenza che (riferiti in equivalenti di generazioni umane) possono essere assai lunghi. La riduzione nel numero degli individui nuovamente introdotti porta alla diminuzione della mortalità e sostituisce una curva della mortalità a zig-zag a quella relativamente costante. Nelle piccole collettività, l'infezione può cessare, ma in quelle molto numerose probabilmente si perpetua indefinitamente.

La preimmunizzazione diminuisce di molto la mortalità durante i primi periodi di vita degli animali preimmunizzanti nella collettività. In sèguito, la mortalità degli animali preimmunizzati e di quelli immunizzati naturalmente si equivalgono approssimativamente, portandosi ad un livello molto superiore allo zero. In queste infezioni, non si può ottenere un'immunità solida — cioè una mortalità specifica vicina allo zero — con nessuno dei metodi che sono stati tentati.

Nelle infezioni da virus invisibile l'andamento è uguale sul principio; ma quando la mortalità incomincia a diminuire, continua la sua curva discendente fino a raggiungere quella dei topi non contaminati.

Queste ultime esperienze vennero fatte con la Ectromelia, un virus che provoca una malattia recentemente scoperta e consistente in un gonfiore edematoso dei piedi seguìto da gangrena e da morte. *fil.*

Lo stato attuale delle conoscenze su la brucellosi degli animali domestici ed i suoi rapporti con la febbre ondulante dell'uomo.

(D. CINICCHIO. *Profilassi*, luglio-agosto 1931).

La febbre ondulante detta anche maltese o mediterranea, va estendendosi nelle varie parti del mondo con un crescendo veramente impressionante.

A causa del suo quadro sintomatologico poco definito, la malattia è stata compresa fino a poco tempo fa con le febbri tifoidee, con la tubercolosi, la malaria ecc. e fu soltanto dopo che Bruce scoprì il micrococco che prese il di lui nome, che la febbre ondulante assunse il valore di vera e propria entità morbosa.

Nonostante le numerose ricerche eseguite, il problema dell'origine della febbre ondulante nell'uomo non è ancora ben chiaro, per quanto generalmente se ne ammetta la relazione intima con le infezioni analoghe degli animali domestici.

In seguito alla scoperta di Bruce si stabilì che l'infezione umana era legata alla ingestione di latte di capra, nel quale era stato riscontrato il micrococco caratteristico.

Quasi nello stesso tempo da Nocard e poi da Bang fu identificato il germe patogeno dell'aborto epizootico delle vacche (1886-97).

Infine nel 1918 miss Evans dimostrò che tra il bacillo di Bang ed il micrococco melitense di Bruce non esistono apprezzabili differenze nè morfologiche, nè biologiche, nè culturali.

Di quì l'idea di raggruppare le due infezioni in una sola sotto il nome di « brucellosi ». L'agente patogeno unico attraverso il passaggio nell'organismo delle varie specie animali sarebbe capace di assumere forme e proprietà diverse sì da potersi distinguere tipi differenti come il tipo bovino (bacterium abortus Bang) e il tipo caprino (micrococcus Brucei).

La brucellosi colpisce tutti gli animali domestici perfino i cani e i polli: però mentre la brucella melitense sembra infetti a preferenza le capre e le pecore la brucella abortus infetterebbe invece i suini e i bovini.

La trasmissione della malattia agli animali sani avviene per contagio diretto con animali malati (accoppiamento) oppure per contagio indiretto per mezzo di materiali virulenti.

Il germe infettivo si trova molto abbondante nello scolo vaginale delle femmine che hanno abortito, come pure negli invogli fetali e nell'aborto stesso od anche nelle feci di femmine che hanno abortito.

Anche nelle urine degli animali infetti è presente il microbo e così pure nel latte ove permane parecchio tempo dopo l'aborto.

Circa le vie di penetrazione del germe nell'organismo animale pare che principalmente siano due: la via genitale e la via digestiva; altre ve ne sono di minore importanza.

Penetrato il germe nell'organismo, i sintomi della malattia si manifestano dopo un periodo di incubazione assai vario per durata.

Si tratta di una vera e propria setticemia che però decorre silenziosa fino al manifestarsi dell'aborto: questo è preceduto da tumefazione ed arrossamento della mucosa vulvare, scolo siero-purulento vaginale, tumefazione delle mammelle. Il feto viene espulso senza eccessive doglie, ma si riscontra un ritardo nel secondamento e spesso si stabilisce una metrite che può condurre alla sterilità.

Nei maschi la brucellosi può produrre lesioni a carico dei genitali, specialmente dei testicoli ove si riscontra orchite uni ed anche bilaterale. Qui l'infezione avviene principalmente per la via digerente.

I sintomi clinici possono far sospettare l'esistenza della brucellosi, in una mandria ma la diagnosi sicura dell'infezione riesce quasi sempre difficilissima.

I mezzi per giungere alla diagnosi sono distinti in due gruppi:

al primo gruppo appartengono: l'osservazione clinica dei singoli animali infetti; quella dell'andamento epidemiologico della malattia; l'esame anatomo-patologico degli or-

gani genitali dell'animale supposto infetto, degli invogli fetali e del feto; le prove allergiche con l'abortina, la metilina, ecc.;

al secondo gruppo gli esami di laboratorio e cioè: l'esame batteriologico per ricercare il germe infettante e l'esame sierologico (prova della agglutinazione e fissazione del complemento).

Ai fini della profilassi è molto interessante conoscere quale sia la specie animale più pericolosa nella trasmissione della malattia all'uomo e quali sono le modalità della infezione umana.

Fino a circa venti anni fà si credeva che l'infezione umana avesse origine solamente da quelle della capra e della pecora. Nel 1909 si cominciò a pensare alla possibilità che il bacillo di Bang avesse azione patogena per la donna. Nel 1924 fu accertato il primo caso di infezione in una persona che beveva abbondantemente latte di vacca ma che non aveva mai bevuto latte di pecora o capra.

Da allora le osservazioni si son fatte sempre più numerose: resta però a stabilire se l'agente patogeno sia la brucella abortus o la b. melitensis.

Per quanto il laboratorio non sia in grado ancora di differenziare le due forme con esattezza, pure in alcuni casi è possibile riuscire nell'intento con la semplice prova della agglutinazione operando parallelamente con ceppi conosciuti.

Ora il siero di molte persone colpite da febbre ondulante ha dimostrato parecchie volte un forte potere agglutinante di fronte a colture ben note di brucella abortus e d'altra parte le stesse persone avevano contratto la malattia per avere assistito vacche in aborto senza aver mai avuto contatto con pecore o capre e senza mai averne ingerito il latte.

In base a questi concetti si può concludere che la trasmissibilità all'uomo dell'infezione da brucella abortus debba ritenersi sufficientemente provata.

La via principale di infezione per l'uomo è la via digerente, ma hanno importanza anche il contatto diretto e indiretto con animali e materiali virulenti.

Gli alimenti più incriminati sono il latte crudo di vacca, di pecora e di capra ed i prodotti ricavati dalla sua lavorazione.

Molti casi però si sono verificati in persone che non avevano fatto uso nè di latte nè di formaggi freschi nè erano state a contatto con animali infetti. L'origine della infezione va per tali casi ricercata nell'uso abbondante e ripetuto di frutta e verdure raccolte in luoghi ove si sono adoperati per concime escrementi di animali infetti.

Ma secondo le più recenti vedute sarebbe di grande importanza anche la via cutanea: l'infezione sarebbe capace di penetrare nell'organismo attraverso la pelle ferita ed anche apparentemente sana. D'onde il pericolo costante cui sarebbero esposti tutti coloro che per ragioni di professione sono costretti ad avvicinare gli animali: e quindi i pastori, i vaccari, gli allevatori ed infine i veterinari. In questi ultimi la febbre ondulante si manifesta con una frequenza tale da potersi parlare di malattia professionale.

La profilassi della febbre ondulante si basa sulla lotta contro la brucellosi animale e sull'allontanamento di tutte le cause di infezione.

Innanzi tutto occorre individuare le stalle e i greggi colpiti dall'infezione, il che potrà ottenersi solo imponendo la denunzia di tutti i casi di aborto che si verifichino nelle capre, pecore, vacche e scrofe. Su tali animali si compiranno adatte indagini di laboratorio.

Le mandre riconosciute infette dovrebbero essere poste sotto sequestro e su di esse dovrebbero applicarsi misure igieniche e mezzi curativi ed immunoterapici.

Si separeranno perciò tutti i soggetti risultati positivi alla siero-diagnosi, specialmente se trattasi di femmine gravide; si eviterà di far coprire le femmine subito dopo il parto o l'aborto; si distruggeranno col fuoco i feti e le seconde provenienti dall'aborto stesso; si eseguiranno lavaggi antisettici dei genitali delle femmine che hanno abortito e disinfezioni accurate delle stalle; si eviterà infine che le persone addette al governo degli animali malati abbiano contatto con quelli sani.

A queste norme igieniche è bene associare mezzi curativi ed immunoterapici quali: le iniezioni di soluzione fenica o di collargolo, il bleu di metilene per via orale; le iniezioni di Tripanblau; l'uso dei vaccini e dei sieri adatti.

E infine si provvederà ad impedire che negli allevamenti immuni sia introdotta la malattia con l'esame accurato degli animali di nuovo acquisto.

Per quello che riguarda i provvedimenti da prendersi per sopprimere le cause dirette di infezione umana l'A. richiama l'attenzione sulla necessità di una più accurata vigilanza igienica sul latte che rappresenta l'alimento più pericoloso.

Sarebbe opportuno che lo Stato, a somiglianza di quanto vien fatto in parecchi Stati del Nord America, richiedesse ai produttori di latte, un certificato comprovante che la stalla è immune da brucellosi e interdicesse dalla vendita al consumo diretto il latte proveniente da stalle e greggi riconosciuti infetti.

Le precauzioni da prendere per evitare il contagio per via cutanea sono: l'uso di guanti di gomma o la protezione delle mani e braccia con strato di grasso da parte dei vaccari, pecorai, macellai e sopratutto dei veterinari tutte le volte chè dovranno eseguire operazioni ostetriche.

Anche le persone che assistono i malati di febbre ondulante dovrebbero aver cura particolare della cute delle mani e prendere i provvedimenti profilattici del caso.

Finalmente nelle regioni ove l'infezione animale è assai diffusa sarebbe seriamente da prendere in considerazione l'utilità o meno della vaccinazione preventiva dell'uomo che pare in qualche parte abbia dato buoni risultati.

VICENTINI.

RICAMBIO.

Sistema vegetativo e metabolismo.

(E. LESCHKE. *Presse Médicale*, 17 ottobre 1931).

L'influenza del sistema vegetativo sul metabolismo fu messa in evidenza la prima volta nel 1855 da Claude Bernard che determinò la poliuria e la glicosuria mediante la puntura del pavimento del quarto ventricolo.

Ma le conoscenze al riguardo si sono meglio precisate dopo che si sono descritti i centri vegetativi del diencefalo.

Il *diabete insipido* può essere provocato da una malattia organica o da un disturbo funzionale di questa parte del nevrasse. Lo si osserva a seguito di traumi cefalici; di tumori dell'ipofisi, dell'infundibulum, della base del cranio o del dielencefalo; di emorragie o focolai di rammollimento nel dielencefalo; di meningiti basali sopra tutto sifilitiche; di tubercoli; di tumori pineali; d'idrocefalo interno; di encefalite epidemica.

Le poliurie transitorie possono aversi spesso negli accessi di epilessia, di emicrania e di apoplessia.

Contro la patogenesi dielencefalica, ed a favore di quella ipofisaria parlerebbero; 1) la frequenza di casi con lesione ipofisaria; 2) l'azione antidiuretica degli estratti ipofisari; 3) la impossibilità dell'ablazione sperimentale totale dell'ipofisi comprendente la parte tubarica.

La frequenza del diabete insipido nelle affezioni ipofisarie è spiegata facilmente dall'esistenza di una via nervosa dal lobo posteriore al nucleo paraipofisario ed a quello sopraottico. Nelle lesioni ipofisarie si ha quindi un disturbo funzionale o anche una degenerazione retrograda dei nuclei dielencefalici, con il conseguente disturbo dell'eliminazione dell'acqua e dei minerali.

L'azione antidiuretica dell'estratto del lobo posteriore è tutt'altro che costante, ed è sempre dipendente dallo stato dei centri nervosi. Manca spesso nel diabete insipido ed anche in altre affezioni del sistema nervoso (parkinsonismo) senza poliuria.

La distruzione completa dell'ipofisi compresa la sua parte tubarica non dà poliuria, mentre le lesioni del tuber cinereum producono poliuria anche dopo l'ablazione totale dell'ipofisi.

Anche nella patogenesi del *diabete zuccherino* sta in primo piano il disturbo neurovegetativo.

In effetti la produzione dell'insulina è regolata dal sistema neurovegetativo. La puntura del midollo allungato o del dielencefalo produce una glicosuria per eccitazione simpatica. E l'eccitazione simpatica ha un'influenza notevole nei casi di diabete refrattari alla cura insulinica. Viceversa l'eccitazione parasimpatica produce un aumento di secrezione d'insulina e quindi un abbassamento della glicemia.

Il pancreas anche di diabetici morti in coma contiene abbastanza insulina per assicurare il metabolismo degli idrati di carbonio per una settimana e più.

Non esiste un parallelismo tra la gravità del diabete e le alterazioni istologiche del pancreas.

La notevole influenza dei fattori psichici sull'assimilazione degli idrati di carbonio prova l'importanza del meccanismo di regolazione nervosa.

Clinicamente si ha glicosuria nelle medesime lesioni della base del dielencefalo e delle regioni vicine che danno luogo al diabete insipido.

La frequente associazione del diabete con altri disturbi del sistema vegetativo (obesità, poliuria, disturbi dell'assimilazione dei minerali, ipertonie, ecc.) parla in favore d'una patogenesi centrale.

L'importanza del sistema vegetativo nel *metabolismo dei grassi* si rivela nella distrofia *adiposo-genitale* e nell'*obesità* in generale.

Gli argomenti contro la teoria ipofisaria ed a favore di quella diencefalica della *distrofia adiposo-genitale* sono i seguenti:

1) L'incostanza della lesione ipofisaria nella casistica della sindrome adiposo-genitale.

2) La soppressione della funzione ipofisaria dà luogo nell'uomo, quando si tratti del lobo anteriore, ai fenomeni caratteristici della sindrome di Simmonds, e quando si tratti del lobo posteriore non dà luogo ad alcun fenomeno discrasico.

3) L'associazione clinica e sperimentale di lesioni diencefaliche con la sindrome adiposo-genitale con ipofisi intatta.

4) L'esclusione del dielencefalo provoca una notevole intensificazione dell'assimilazione dell'albumina, mentre l'eccitazione dà una diminuzione.

5) La distrofia adiposo-genitale si trova talora combinata con altri disturbi del meccanismo diencefalico, specie con il diabete insipido manifesto o latente.

6) La singolare distribuzione locale del grasso nell'obesità detta ipofisaria o meglio diencefalica con preferenza marcata per la zo-

na del bacino si spiega difficilmente con influenze ormoniche.

7) Uno dei postumi più frequenti dell'encefalite letargica è l'obesità.

L'importanza del sistema vegetativo nella manifestazione dell'*obesità costituzionale* appare già in casi di vagotonia. I vagotonici tendono alla grassezza fin dalla giovinezza.

Lo stato vagotonico della nutrizione è caratterizzato da un certo rallentamento dell'ossidazione degli idrati di carbonio e da un marcato rallentamento del ricambio generale. Le stesse alterazioni dell'assimilazione si riscontrano nelle sindromi a patogenesi dielencefalica.

Tra questi così detti obesi costituzionali e che sono dielencefalici si trovano i casi terapeuticamente ribelli. Essi non reagiscono nè al trattamento opoterapico nè alla limitazione alimentare. Naito nell'Istituto Neurologico di Vienna trovò in un obeso alterazioni del tuber cinereum.

Corrispondentemente ai disturbi somatici negli individui a sistema neuro-vegetativo alterato si riscontrano dal punto di vista psichico modificazioni istintive della sete, della fame, della sessualità, dell'attività e della conservazione.

In tal modo il sistema vegetativo attraverso influenze nervose e umorali assicura l'integrità della personalità. DR.

Il trattamento dell'obesità con diete a basso valore calorico.

(F. EVANS e J. STRANG. *Journ. Am. med. Ass.* 10 ottobre 1931).

Nell'obesità il peso in eccesso è costituito da grasso inerte immagazzinato nei tessuti e che non partecipa al metabolismo organico. Per rimuovere questo eccesso di peso una sola cosa si può fare, ed è di far consumare questo grasso immagazzinato stabilendo un opportuno proporzionato equilibrio fra le calorie assunte con i cibi e quelle consumate nell'ordinario metabolismo. Questo equilibrio si può ottenere in due modi: o aumentando la quantità di calorie consumate, o diminuendo la quantità di calorie ingerite; nel primo caso si dà la tiroide: e ciò è un errore basato sul falso concetto che gli obesi abbiano un ricambio materiale fiacco: la quantità di energie che essi consumano è invece molto più alta di quella consumata dagli individui normali, se si rapporta al loro peso ideale, liberato dal grasso immagazzinato e ridotto al tessuto veramente attivo dell'organismo. Essendo dunque il livello delle energie consumate da questi pazienti notevolmente alto, è logico che lo squilibrio di calorie che si vuole ottenere non sia da richiedere ad un ulteriore aumento di questo fattore. Dobbiamo rivolgerci quindi all'altro fattore e cioè ad una adeguata diminuzione delle calorie introdotte, limitando opportunamente la dieta allo stretto necessario. Questa dieta limitata consiste in:

1 g. di proteine per kg. di peso ideale: questa quantità di proteine è sufficiente a mantenere l'equilibrio azotato;

0,6 g. di carboidrati per kg. di peso ideale: questa piccola quantità di carboidrati è necessaria onde evitare un'eventuale acidosi ed effettuare un notevole risparmio nel consumo delle proteine.

Il grasso non deve entrare nella dieta se non per quella minima parte che è inseparabile dalle proteine e cioè 9 g. circa al giorno.

Di grande importanza è il fornire una quantità giornaliera sufficiente di sali inorganici: non solo, ma dovendo la dieta essere continuata per un discreto periodo di tempo, bisogna por mente alla somministrazione di vitamine: si era pensato dapprincipio che esse fossero già contenute nel grasso immagazzinato, ma si trovò in seguito più opportuno somministrarne delle dosi supplementari.

Dunque la dieta consiste nella somministrazione di 1 g. di proteine e 0,6 g. di carboidrati per kg. di peso ideale (globalmente 400-600 calorie).

Se queste sono le sostanze ingerite, quelle metabolizzate sono molto più notevoli: al principio infatti della dieta tutte le sostanze immagazzinate nell'organismo, proteine, carboidrati, grassi vengono in aiuto all'insufficiente introduzione di energie, ma dopo alcune settimane, quindi si è stabilito l'equilibrio azotato e le riserve di carboidrati sono esaurite, allora il *deficit* calorico viene interamente coperto dal grasso immagazzinato in quantità di 150-300 g. al dì.

Gli AA. hanno sperimentato questo trattamento dietetico in 187 pazienti. Questi 187 pazienti perdettero in media 13,6 kg. ciascuno: la durata della dieta fu in media di 8 settimane. I pazienti sopportavano benissimo la dieta ridotta e non soffrivano la fame: accusavano invece un accresciuto senso di benessere e di resistenza alla fatica. Mal di testa, disturbi generali, e frequentemente anche la dismenorrea sparivano dopo il primo periodo di cura. Questi risultati clinici soddisfacenti si ottengono in quanto solo il tessuto grasso inattivo viene eliminato. I tessuti vitali non si mostrano danneggiati come nell'inanizione: e ciò è dimostrato da studi sul ricambio dell'ossigeno, dell'azoto e della creatinina.

In generale, come sopra si è detto, la somministrazione di tiroide è controindicata: ma in alcuni pazienti (2 %) in cui la perdita di peso non ha luogo rapidamente con la dieta, è opportuna l'aggiunta di piccole dosi di tiroide, attentamente regolate. G. LA CAVA.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

P. TRENDELENBURG. *Die Hormone. Ihre Physiologie und Pharmakologie.* Un vol. in-8° di 351 pag., 60 fig. J. Springer, Berlin. Prezzo RM. 28.

L'A. in quest'opera si occupa degli ormoni « classici », cioè di quelle sostanze che si formano nelle cellule differenziate di alcuni organi e che sono destinate all'assetto morfologico del corpo, alle funzioni fisiche e chimiche dei suoi organi ed al contegno psichico, trascurando quindi gli ormoni ancora ipotetici.

Senza far precedere considerazioni di ordine generale che devono già essere in possesso del lettore, l'A. inizia la trattazione con le ghiandole germinali maschili e femminili, di cui studia l'anatomia, i rapporti con il periodo del « calore », quelli con altre ghiandole endocrine, le funzioni, il trapianto.

Segue l'ipofisi, la breve descrizione delle malattie connesse con modificazioni di tale ghiandola, le conseguenze dell'ablazione, la chimica e la farmacologia del lobo anteriore e la farmacologia sperimentale di quello posteriore.

Larga parte del volume (oltre 150 pagine) è dedicata all'adrenalina, di cui, dopo considerazioni anatomiche e fisiologiche, descrive le malattie dell'uomo derivanti da disturbi della funzione delle surrenali, le teorie sulle funzioni della corteccia, le conseguenze dell'ablazione di questa e del sistema cromaffine, le condizioni di azione dell'adrenalina ed in un bel capitolo riassuntivo, la fisiologia e patologia della secrezione adrenalinica.

D'ogni fatto assodato, l'A. ha avuto cura di portare la fonte; egli ha esaminato le questioni da un punto di vista critico, eliminando quanto è troppo ipotetico e non accertato, sicchè questo libro costituisce un prezioso aggiornamento di tutte le questioni riguardanti gli ormoni.

Nel secondo volume saranno studiati gli ormoni della tiroide e delle paratiroidi, dell'apparato insulare del pancreas, dell'epifisi, del timo e della mucosa intestinale. *fil.*

A. DOGNON. *Précis de physico-chimie biologique et médicale.* Un vol. in-16° di pag. 350, con 63 fig. Masson et C.ie, Paris, 1931. Prezzo frs. 30; rilegato frs. 36.

La chimica fisica viene lentamente ma sicuramente assumendo una capitale importanza nelle scienze biologiche e mediche, non soltanto per una specie di « moda » che non manca anche nel campo scientifico, ma soprattutto perchè mediante essa si arriva a vedere sempre più addentro nell'intima essenza dei fenomeni.

L'A. aveva pubblicato questi « Précis » nel 1929. Scritti con ordine e chiarezza, essi presentano le questioni della chimica fisica in modo da renderne agevole la comprensione anche ai medici che, per il loro abito mentale, sono portati più a vedere il lato di applicazione pratica che non i fondamenti generali teorici su cui si fonda la chimica fisica. Il libro ha avuto quindi una meritata fortuna, sicchè a distanza di soli due anni abbiamo quì la seconda edizione che, ai pregi della prima, aggiunge l'aggiornamento di diverse questioni, come l'ossido-riduzione, i fenomeni di superficie e di orientamento molecolare, che hanno tanta importanza nelle teorie biologiche moderne e molti altri. *fil.*

Trabajos del Hospital del Rey. Un vol. in-8° di 739 pag. con fig., grafiche e radiografie. Editorial Paracelso. Madrid.

Molto opportunamente il Direttore dell'Ospedale del Re a Madrid, il Dr. M. Tapia ha pensato di raccogliere in un volume i lavori fatti dal suo personale nello scorso anno. Si tratta della raccolta di una ventina di lavori di notevole importanza pratica, alcuni anche vasti come quello sulla *frenicectomia* (A. Perera j Prats) che si basa su 500 casi operati, quello sull'*epidemia di poliomielite a Madrid nel* 1929 (M. Tapia), sulla *tensione arteriosa nella tubercolosi* (C. Diez Fernandez e R. Navarro Gutierrez); altri di minor mole ma non meno interessanti, che testimoniano tutti una fervida attività degli autori, ma soprattutto la facoltà animatrice del Direttore che, accanto alla preoccupazione per l'assistenza agli infermi, sa anche eccitare e promuovere l'attività scientifica dei suoi collaboratori. *fil.*

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

XXVII Congresso della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia.

(Genova 21-23 ottobre 1931-IX).

La riunione annuale della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia ha assunto quest'anno particolare importanza sia perchè si volle opportunamente farla coincidere con la inaugurazione ufficiale della nuova splendida Clinica Dermosifilopatica di Genova, sorta da poco con gli altri istituti clinici ed ospedalieri, a sostituire con un insieme di edificii grandiosi e rispondenti nell'architettura e nell'arredamento a tutte le più moderne esigenze igieniche e scientifiche, i vecchi nosocomii genovesi; sia perchè per la prima volta il programma del congresso era limitato soltanto a tre temi ufficiali, alle relazioni sui temi stessi ed a quelle comunicazioni dei singoli socii che con gli argomenti in discussione avessero sicura attinenza Si è in tal modo posto riparo all'inconveniente, più volte lamentato, di diluire le tornate dei congressi in comunicazioni di limitata importanza ed in presentazioni di casi clinici isolati, per le quali sono sembrate, e giustamente, sede più opportuna le sezioni della Società che con fiorente sviluppo già funzionano in molte regioni della Penisola.

Il Congresso fu solennemente inaugurato alla presenza di S. E. il Prefetto della Provincia, del Podestà di Genova, del rappresentante del Magnifico rettore, del presidente degli istituti ospedalieri e di altre Autorità e Gerarchie.

Presiedeva l'adunanza, imponente per numeroso concorso di socii (fra cui molti Clinici e direttori di reparti Ospedalieri), di personalità mediche e di rappresentanti della stampa, il presidente prof. G. MARIANI (Bari) col vice-presidente prof. L. TOMMASI (Palermo) assistiti dal segretario prof. V. MONTESANO (Roma) ed era pure presente il prof. R. PORCELLI (Livorno) rappresentante del S. M. N. F. in seno al Consiglio direttivo della Società.

Aprì la serie dei discorsi il prof. FALCHI per il Rettore, a cui tennero dietro il prof. F. RADAELI, direttore della Clinica dermosifilopatica di Genova, che con la sua opera e la sua autorità tanto ha contribuito alla creazione del nuovo grandioso istituto, ed il presidente prof. MARIANI il quale in una rapida sintesi riassunse la storia della Dermatologia Italiana negli ultimi decenni e ne prospettò in un felicissimo quadro le benemerenze scientifiche e sociali.

Esaurita così la parte ufficiale, fu votato per acclamazione l'invio di un telegramma di omaggio a S. E. il Capo del Governo ed al Ministro dell'Educazione Nazionale, dopo di che venne senz'altro messo in discussione il primo tema: *Pemfigo e pemfigoidi*, sul quale il prof. F. RADAELI aveva già presentato in un magnifico volume la relazione a stampa.

Ad essa avevano collaborato, oltre lo stesso prof. RADAELI per la parte generale, i socii BERTACCINI di Siena (*pemfigo ed apparato endocrino*); LEIGHEB di Genova (*ricerche di biochimica e di fisico-chimica nelle dermatosi del gruppo del pemfigo*); DEVOTO di Genova (*epidermolisi bollosa*); DEL VIVO di Genova (*herpes gestationis*); AMBROGIO di Genova (*prove fitofarmacologiche nel pemfigo, nella dermatite erpetiforme ed in altre malattie cutanee*), lo stesso (*eruzioni bollose provocate da sostanze eterogenee per via esterna ed interna*).

La lunga discussione che seguì alla relazione ufficiale, se da un lato confermò le incertezze che ancora regnano in questo capitolo di patologia cutanea e le difficoltà di riunire in un unico quadro delle dermatosi che con il pemfigo vero e proprio sembrano avere soltanto affinità morfologiche più o meno spiccate ma se ne allontanano per tutto il resto: sintomatologia generale, reperto anatomo-patologico, decorso, esito (*Dermatite del Duhring, herpes gestationis; malattia del Ritter* ecc.); dall'altro mise in evidenza l'importanza dei contributi che a questi studii hanno portato le scuole Italiane e specie quella del Radaeli, il quale colle sue ricerche sul microrganismo da lui scoverto ed isolato nei malati di pemfigo e confermate in parte da altri sperimentatori (tra cui recentemente Fiocco-Catterina) ha dato all'ipotesi della natura infettiva di questa grave dermatosi il più valido fondamento.

Di non minore interesse fu la discussione che si accese sul secondo tema: *Le ultime vedute sulla terapia dell'infezione gonococcica*, diviso in due parti.

Sulla prima: *Chemioterapia della infezione blenorragica*, assegnato alla Clinica dermosifilopatica di Bari, aveva presentato un'elaborata relazione il socio G. JAJA (Bari) che fu oggetto di unanime lodi e di vivo compiacimento da parte dei soci presenti.

Non tutti gli oratori peraltro furono di accordo sulle vantate proprietà antiblenorragiche dei derivati acridinici, delle quali negli ultimi anni si è fatto un gran discorrere con giudizii talora quasi diametralmente opposti da parte dei diversi sperimentatori. Molti misero in evidenza la non rara possibilità di effetti spiacevoli dall'uso di questi preparati, i numerosi insuccessi constatati ed in ogni modo la discutibile superiorità sui vecchi metodi già in uso, anche nelle forme di uretro-cistite acuta o di altre complicanze della blenorragia, pur dovendosi non negare ai nuovi medicamenti una qualche azione benefica contro le manifestazioni cliniche del processo gonococcico.

A conclusione del lungo dibattito l'assemblea, su proposta del socio MONTESANO, diè incarico alla Presidenza di formulare un ordine del giorno nel quale, messe in giusta luce le proprietà e le indicazioni di questi prodotti acridinici sfrondate da ogni esagerazione e ridotte ai loro veri termini, fossero resi noti gl'inconvenienti e i danni che possono derivare dal loro impiego incondizionato ed irrazionale, così da servire in certo qual modo di guida specialmente ai medici pratici in mezzo ai quali il nuovo metodo di cura ha trovato i più entusiasti fautori.

L'ultima parte del secondo tema, assegnato alla Clinica di Roma, riguardava la *terapia fisica dell'infezione gonococcica* ed era stata svolta in due magistrali relazioni dei socii MONACELLI (Roma: RÖNTGEN *e radium terapia*) e TARANTELLI (Roma: *la diatermoterapia nell'infezione gonococcica dell'uomo e della donna*) le quali procurarono ai loro autori le congratulazioni ed il consenso di tutti i presenti per la lucidezza dell'esposizione, per la copia dei dati tecnici e bibliografici, per i risultati delle esperienze personali severamente condotte e sopratutto per la serenità della critica e la sobrietà delle conclusioni.

L'assemblea con voto unanime dette incarico al prof. BOSELLINI, sotto la cui sapiente direzione le

due relazioni erano state redatte, di riassumere in un ordine del giorno le conclusioni dei relatori, riportando alle loro vere proporzioni le indicazioni razionali di questi metodi di cura, la cui applicazione in tali malattie dovrebbe in ogni caso essere affidata solo a radiologi forniti di larga e sicura esperienza venereologica.

La terza ed ultima relazione ufficiale, *Le acrodermatosi in relazione con i disturbi circolatorii*, affidata alla Clinica di Messina, fu svolta dallo stesso direttore prof. FLARER in un ampio e complesso lavoro che può dirsi una vera completa monografia dell'argomento. Nella parte generale, dopo brevi considerazioni anatomo-fisiologiche sulla circolazione delle estremità, è studiata la genesi delle *manifestazioni cutaneo-vascolari di tipo elementare* (ischemia, iperemia attiva, iperemia passiva [cianosi] edemi, reazioni complesse). In quella speciale sono prese in esame le *acrodermatosi a tipo cianotico* (acrocianosi semplice, « cutis marmorata », cianosi sopramalleolari); *quelle con disturbi trofici* (geloni, angiocheratoma, rosacea) e quelle a base *tossi-infettiva* (eritema indurato, nodoso, polimorfo); le *acrodermatosi a tipo vasomotorio misto* (sindromi ischemico-cianotiche, iperemico-edematose, acrodermatosi complesse a base tossi-infettive); le *acrodermatosi a tipo emorragico;* le *acrodermatosi varicose.* Seguono infine brevi considerazioni conclusive in cui l'O. riassume il risultato del suo lungo studio per trarne le opportune deduzioni.

La relazione del prof. FLARER, che involge problemi complessi di fisiologia e patologia cutanea, in parte ancora insoluti, riscosse il plauso unanime dei congressisti e dette luogo a vivace discussione a cui presero parte numerosi socii fra i quali alcuni con pregevoli contributi personali (ARTOM, Verona; BERETVAS, Palermo; COMEL, Milano; CORTELLA, Siena; MARTINOTTI, Bologna; MAZZANTI, Firenze; SANNICANDRO, Bari; SANTORI, Roma; SCOLARI, Milano), A tutti rispose in modo esauriente il relatore.

* * *

Nell'ultima giornata si ebbe poi la illustrazione di malati affetti da dermatosi rare o di notevole interesse clinico, presentati da molti socii fra i quali ricordiamo F. RADAELI (Genova), PASINI, CATTANEO (Milano), REBAUDI (Genova), A. RADAELI (Bolzano).

Esaurita così la parte scientifica del congresso si procedè all'approvazione del bilancio sociale ed all'elezione dei nuovi socii nazionali e stranieri e furono discusse varie questioni d'indole pratica fra cui quella del ricovero gratuito nelle cliniche e negli ospedali dei malati venerei.

Il prof. M. TRUFFI (Padova) riferì sul prossimo congresso internazionale di Dermatologia e Sifilografia che avrà luogo a Budapest nel 1935 ed alla proficua opera da lui svolta, quale rappresentante dell'Italia, in seno all'apposita Commissione dei delegati delle varie nazioni, riunitasi nell'ottobre scorso a Zurigo.

Il premio De Amicis per il 1931 risultò assegnato, in base alla relazione dell'apposita Commissione composta dai socii Pasini, Bizzozero e Rebaudi, al dottor ROBERTO CASAZZA della Clinica di Pavia, il quale aveva presentato una memoria corredata da numerose fotografie e microfotografie, dal titolo: *Osservazioni su un gruppo di non comuni casi di oncologia dermatologica;* dopo di che il presidente prof. MARIANI con elevate parole di saluto e di compiacimento per l'ottima riuscita dei lavori dichiarò chiusa la XXVII riunione annuale.

Gli atti che saranno pubblicati quanto prima potranno, meglio di ogni altra cosa, dare una giusta idea dei risultati di quest'ultimo congresso, il quale può dirsi uno dei meglio riusciti sino ad ora, per il concorso di socii, per l'importanza degli argomenti trattati, per l'elevatezza e la serenità delle discussioni.

A noi sia lecito soltanto, in questa occasione, constatare una volta ancora il continuo incremento della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia (fra parentesi una delle più antiche in Europa), la quale oramai dopo circa una cinquantennio di non mai interrotta attività scientifica tiene uno dei primi posti fra le più cospicue consorelle straniere, ed il fiorire delle nostre scuole dermatologiche ove una folta schiera di giovani studiosi, sotto la guida di Maestri insigni, mantiene intatte le gloriose tradizioni della scienza Italiana e si prepara a creare alla nostra specialità un avvenire ancora più luminoso.

V. MONTESANO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

L'esame dell'occhio in medicina generale.

L'esame dell'occhio può avere, per il medico, una grande importanza che non viene abbastanza messa in rilievo. Ecco per esempio un individuo che, in piena salute, si accorge di veder doppio; può trattarsi di sclerosi disseminata, di encefalite epidemica, di tabe dorsale, di meningite basale, di sifilide meningo-vascolare, di veleni esogeni (piombo, alcool) od endogeni (diabete).

Rara, ma interessante è la pseudotabe diabetica, con iridoplegia riflessa, dolori lancinanti, atassia, perdita dei riflessi profondi, talora la storia di una paralisi oculare; soltanto la presenza della glicosuria può decidere la diagnosi.

La perdita improvvisa od un difetto di visione possono costituire un sintomo allarmante e portare alla scoperta di una malattia generale (nefrite, diabete, arteriosclerosi avanzata con associata emorragia retinica). L'embolismo dell'arteria centrale della retina o la trombosi della vena può dare la perdita di vista di un occhio ed essere associata con malattia cardiaca, sifilide od arteriosclerosi. L'edema della papilla dovuto ad un tumore endocranico può dare la perdita transitoria della visione, specialmente se si tratta di un tumore pituitario.

Il fumare eccessivo o l'alcool possono dare cecità improvvisa; la causa più comune di questa è però l'uremia. La cecità notturna può essere uno dei primi sintomi dello scorbuto dell'adulto.

M. Posel (*Journ. med. Ass. South Africa*, 22 agosto 1931) fornisce in proposito le seguenti indicazioni.

La cheratite interstiziale in una giovanetta, in assenza dei denti tipici, può indicare sifilide congenita.

Le pupille ineguali o fisse e contratte in un caso di disturbo mentale possono indicare psicosi alcoolica o demenza paralitica.

L'irite, nel decorso di un'artrite multipla, indica infezione gonococcica.

L'emorragia endoorbitale può indicare lo scorbuto.

L'esoftalmo in un bambino, con un vago tumore addominale può indicare un sarcoma renale di Hutchinson.

La pigmentazione verdiccia speciale della cornea, nella malattia di Wilson o degenerazione lenticolare progressiva, associata alla cirrosi epatica è spesso un sintoma che precede quelli nervosi.

L'edema delle palpebre si ha spesso nella intossicazione arsenicale.

La presenza di un nistagmo vero in casi in cui si era diagnosticata una paralisi isterica in una giovanetta, stabilisce la diagnosi di sclerosi disseminata.

L'occhio può anche essere affetto nelle *infezioni generali*. La sifilide, la gonorrea, la tubercolosi provocano irite, iridociclite e coroidite; l'uveite può aversi in seguito ad infezione focale (naso, bocca, apparato genito-urinario). La congiuntivite può presentarsi nella difterite, nel morbillo, nel vaiuolo, nella meningite cerebro-spinale. L'erpete della cornea si ha in molte infezioni del tratto respiratorio.

Nelle *malattie non infettive*, si possono avere: l'emianopsia dell'emicrania; l'aura visiva nell'epilessia; il nistagmo dello spasmus nutans, nei bambini rachitici; la congiuntiva gialla nell'itterizia; la fotofobia, la lacrimazione ed il dolore nella febbre da fieno.

Nel glaucoma acuto, in cui una condizione locale dell'occhio può simulare una condizione generale, si fa spesso diagnosi di disturbo addominale acuto. La xeroftalmia è associata con una dieta carenzata (deficienza in vitamina A).

Vi sono poi *malattie oculari ereditarie*: la cataratta, le sclerotiche azzurre (spesso associate con la fragilità delle ossa); la idiozia familiare amaurotica è limitata alla razza ebrea e, spesso, più di un bambino nella stessa famiglia ne è colpito. Il daltonismo, al pari dell'emofilia, della distrofia muscolare, ecc. è generalmente trasmesso, attraverso la donna, al maschio. L'atrofia ottica ereditaria di Leber sembra avere una analoga predilezione per il maschio. *fil.*

CASISTICA E TERAPIA.

Sull'esistenza di possibili rapporti tra la vaccinazione jenneriana e la patologia dell'apparato emopoietico.

L'infezione vaiuolosa provoca delle reazioni ematologiche caratterizzate essenzialmente da leucocitosi per aumento dei linfociti e monociti, mentre la vaccinazione jenneriana ne provoca una simile, ma molto più lieve, e la rivaccinazione è priva di qualsiasi effetto in tal senso.

Nella letteratura, poi, sono riportati vari casi, nei quali tale reazione assume andamento del tutto patologico, sia in forma di trombopenia sintomatica e di manifestazioni emorragiche recidivanti, sia in forma di anemie notevoli o di trasformazioni di leucemie croniche in acute.

G. De Toni (*Haematologica*, XII, 2, 1931) riporta la storia di 3 casi da lui studiati, cor-

redandoli di ampie notizie cliniche ed anatomopatologiche.

Il primo caso riguarda un lattante di 12 mesi, nel quale 12 giorni dopo la vaccinazione insorse una sindrome emorragica del tipo della malattia di Werlhof, ripetutasi più volte con successive ricadute.

Nel secondo caso si ebbe, in una bambina di 14 mesi, subito dopo la pustulazione, una linfadenosi leucemica subacuta, con periodo leucopenico terminale, e l'indagine istologica confermò l'involuzione degli organi linfatici, del fegato e dei reni.

In un terzo bambino, finalmente, dell'età di 8 anni, cinque giorni dopo la rivaccinazione si sviluppò una linfadenosi aleucemica, terminatasi con una angina necrotica mortale.

Per quanto riguarda gli eventuali rapporti tra vaccinazione ed emopatie, l'A., riferendosi anche a tutti i recenti studi sulle complicanze nervose postvaccinali, ammette che possa in realtà esistere una sintropia tra le diverse manifestazioni morbose, quali appunto sono la vaccinale e l'ematica, non escludendo che si deva conferire importanza alla qualità della linfa usata. essendosi trattato sempre della stessa in tutti i suoi tre casi.

All'azione di una linfa dotata di potere attivatore eccezionale si aggiungerebbe poi un fattore individuale, rappresentato dalla predisposizione o dallo stato di infezione latente del soggetto. M. FABERI.

Le lesioni dell'amigdala: loro importanza nella linfopoiesi e nella linfoclasia.

Fra le varie funzioni che sono state attribuite all'amigdala, una sola, la linfopoiesi, è stata chiaramente stabilita. L'amigdala è essenzialmente costituita da un epitelio fenestrato infiltrato da un tessuto linfocitario che costituisce dei centri germinativi, più sviluppati nell'amigdala che in qualunque altro organo linfoide.

Flemming vedeva nei centri germinativi dell'amigdala semplicemente dei centri di linfopoiesi. Questa opinione deve essere però riveduta in conseguenza dei lavori recenti, specie di quelli di Helmann. Per questo autore, i linfociti prenderebbero origine nel tessuto linfoide diffuso e non nei centri germinativi ai quali egli dà il nome di follicoli secondari. Per Helmann, i follicoli secondari, anzichè produrre dei linfociti, li distruggono e reagiscono contro i veleni.

F. Leroy (*Le Scalpel*, 16 maggio 1931) ha osservato che l'iniezione sottocutanea di una dose mortale di tossina difterica nel coniglio provoca una crisi carioclasica intensa in tutti gli organi linfoidi, compresa l'amigdala; dopo un primo stadio in cui le cellule, particolarmente le cellule del centro germinativo, sono colpite da picnosi, dei macrofagi inglobano per fagocitosi i residui e li trascinano in parte verso i linfatici, in parte attraverso l'epitelio fino nel lume delle cripte.

Questo fatto sembra all'A. interessante, poichè la presenza di questi macrofagi carichi di residui nucleari nel contenuto delle cripte riflette alla superficie dell'amigdala gli effetti della crisi carioclasica generale.

È dunque possibile che l'esame citologico dell'essudato dell'amigdala, solo organo linfoide clinicamente accessibile, possa mettere in evidenza alcune reazioni interessanti il sistema linfoide nella sua totalità.

C. TOSCANO.

La malattia di Pfeiffer.

La malattia di Pfeiffer dice K. Herman (*Medizin Welt*, n. 22, 1931), è caratterizzata da una micropoliadenia generalizzata a comparsa acuta, tumore di milza, febbre, spesso anche angina, e un reperto ematico caratteristico consistente in un notevole aumento dei linfociti e delle plasmacellule, rimanendo solo di poco aumentato il numero totale dei globuli bianchi. È una malattia infettiva, contagiosa; spesso la gola è infiammata, l'angina può però anche mancare. L'angina nella malattia di Pfeiffer si deve considerare un fenomeno secondario, non obbligatorio, dovuto ad infezione secondaria dei tessuti faringei la cui resistenza immunitaria e il cui trofismo sono depressi dalla malattia primitiva. Nella stessa famiglia si osservano casi con angina e casi senza angina. La febbre dura 8-18 giorni, le tumefazioni glandolari e la milza ingrossate regrediscono invece lentamente e per lo più sono ancora constatabili molti mesi dopo la guarigione. R. POLLITZER.

Errori evitabili nella trasfusione.

N. Grosof (*Med. Times a. Long Island Med. Journ.*, nov. 1931) rileva che, a parte l'accertamento del gruppo sanguigno, occorre tener presenti alcune cautele, relative alle condizioni dell'apparecchio e alla durata dell'operazione. Si deve evitare che nell'apparecchio vadano tracce di talco, cadute dai guanti di gomma e che esso venga imperfettamente ripulito dell'olio minerale. Inoltre i tubi di gomma devono essere in perfetto stato: la sterilizzazione può alterarli in modo da renderne ruvida la superficie interna; allora vi restano facilmente delle bollicine d'aria. La trasfusione non dev'essere troppo rapida: per es. trasfondere 500 cmc. di sangue in 3 minuti è un rischio. Non deve neppur essere troppo lenta (è probabile che avvengano alterazioni lente del sangue, il quale è un prodotto molto labile; in certi casi esso coagula addirittura nell'apparecchio). Sintomi che devono mettere

sull'avviso sono: una macchia rossastra intorno all'ago, dolore al braccio, aumento della frequenza respiratoria e cardiaca, ecc. A. P.

Il ferro metallico ad alte dosi in terapia.

G. Lindberg (*Hygiea*, Stoccolma, 31 luglio 1931) preconizza il ferro metallico (ridotto, porfirizzato) pel trattamento delle anemie di varia natura. Il prodotto, più ricco di ferro che qualsiasi altro composto inorganico od organico, è anche il più economico. Ha corrisposto in casi di anemia semplice, post-emorragica, dei prematuri, delle gestanti, post-partum. Dosi: 3-6 grammi al giorno. Va somministrato prima dei pasti. Si crede che il ferro stimoli il midollo osseo e che in certi casi gravi compia una vera terapia di sostituzione. A. P.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulla assimilabilità dei vari sali di calcio.

Luciani-Filomeni e L. Severi (*Rivista di Biologia*, vol. XII, 1930) si sono prefissi lo studio della influenza della dissociazione e dello stato fisico di vari sali di calcio sulla loro assimilabilità da parte dei girini di rana.

Essi hanno preso in esame tre serie di sali: sali poco dissociati organici, sali dissociati inorganici, sali insolubili. Hanno anche studiato un sale insolubile sottilissimamente e stabilmente disperso allo stato colloidale: il fosfato tricalcico, preparato da uno degli AA.

Questi hanno eseguito esperienze in presenza ed in assenza di ergosterina irradiata, la così detta vitamina D sintetica.

In seguito a numerose esperienze, condotte con metodo e con tecnica impeccabile, concludono che i fosfati sono gli unici sali di Ca, che abbiano una rilevabile azione favorevole sullo sviluppo. Hanno altresì costatato che la assimilabilità dei sali di Ca è quasi inversamente proporzionale alla loro dissociazione, che i sali insolubili (carbonato e fosfato) sono bene assimilati, che i sali, nei quali il calcio è unito al fosforo, sono assimilati tanto meglio quanto più il rapporto tra Ca e P è vicino a quello esistente tra i due elementi nel fosfato tricalcico, per il qual sale riscontrano una assimilabilità sempre superiore a tutti gli altri.

Dall'esame delle prove infine eseguite in presenza ed in assenza di ergosterina irradiata concludono che mentre l'influenza della somministrazione del preparato è netta sull'assimilazione del fosforo, che è favorita, è incerta e forse nulla sulla assimilazione del calcio.

Chiudono il lavoro con un tentativo di spiegare, in base a considerazioni chimico-fisiche, il fatto, a prima vista sorprendente, che cioè i sali insolubili di Ca siano meglio assimilati dei sali solubili. CIUFFINI.

TECNICA.

Metodo di colorazione del parassita malarico.

E. Brinkmann (*Med. Klinik*, 1931, n. 18) utilizza a tale scopo il metodo usato per la dimostrazione della sostanza reticolo-endoteliale degli eritrociti.

Sopra un portaoggetti ben pulito con alcool, si mette una goccia di soluzione di cresilbrillantblau al 2 % in alcool; con adatti spostamenti del vetrino, la si distende in modo che ne risulti una macchia del diametro approssimativo di un paio di centimetri e se ne preparano ugualmente altre due.

Nel mezzo di esse si fa colare una piccola goccia del sangue da esaminare, ricoprendo poi con un coprioggetti, in modo che il sangue si distenda in uno strato sottile che arrivi fino agli orli.

È bene attendere, per l'osservazione da 1/2 a 1 ora; si vede allora che il centro della goccia è giallo, i margini sono bluastri; nella zona intermedia, giallo-verdastra, si hanno i punti migliori per l'osservazione che si fa con l'immersione e con oculare di medio ingrandimento.

Le emazie appaiono colorate in verde-giallastro; i leucociti, le piastrine, i plasmodii appaiono colorati in blu. *fil.*

VARIA.

Impressioni di un medico americano in Europa.

F. A. Fenning pubblica, nel *Medical Economics* di Rutterford (New Jersey), alcune impressioni di un viaggio in Europa.

Tra l'altro, rileva che 1000 dollari a persona (19.000 lire it.) bastano per trascorrere un paio di mesi in Europa alloggiando in alberghi di 1ª classe, viaggiando in treni di lusso, recandosi ai teatri.... comprese le Folies-Bergère di Parigi. Sembra che, per i medici americani, si tratti di una somma assai modesta; difatti lo stesso « Medical Economics » calcola che il reddito medio dei medici negli Stati Uniti è di 5000 dollari (un po' di più nelle città, un po' di meno nelle campagne; più per i chirurgi che per gl'internisti).

A Parigi il Fenning è stato sovratutto colpito dal gran numero.... di ristoranti e di caffè, perfino nei sottosuoli e nelle terrazze; la torre d'Eiffel non è risparmiata. L'A. dà la palma, naturalmente, al ristorante italiano Poccardi, ove il servizio è di prim'ordine e con 32 franchi si hanno cinque portate e vino quasi a discrezione.

L'A. è rimasto impressionato dalla magnificenza della Riviera, con i suoi palmizi, il mare di un azzurro intenso e lo sfondo delle Alpi. A. P.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

NOTE MEDICO-LEGALI.

Il nuovo codice penale e la opportunità pel medico di considerare le sorprese del rischio professionale.

Dice il capoverso dell'art. 40: *Non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo.*

Trattasi dei cosidetti *reati commissivi mediante omissione*, che si consumano non con la estrinsecazione materiale e fisica di atti, ma con la mera inazione: il comportamento antigiuridico consiste, dunque, nel *non fare;* ed è doloso se l'omissione è diretta a conseguire l'evento voluto; colposo quando le conseguenze verificatesi, se pure previste, non erano volute. La norma surriportata pone allo stesso livello chi fa, e chi — avendone l'obbligo giuridico — non impedisce che altri faccia.

Materia difficile, ma non nuova: criminalisti tedeschi vi hanno fatto acute e sottilissime speculazioni dottrinali e metafisiche; in Italia ha avuto trattazione e sistemazione scientifica specialmente per l'opera fondamentale del Prof. Vannini di questa Università (*). La mente corre al concetto del mandante e del mandatario; ma è tutt'altra cosa: nei più gravi casi della specie, l'omittente vuole, e si compiace dell'evento che soddisfa le sue vedute e i suoi interessi; ma non deve averlo inspirato, altrimenti è un cooperatore attivo.

Nè col codice abrogato reati del genere avevano franchigia: era questione di applicazione delle norme generali. La novità consiste nell'avere introdotto nel testo una disposizione così precisa e categorica. Della quale la Commissione plenaria parlamentare per l'esame del progetto aveva proposto la soppressione (tornata del 14 marzo 1930); ma nondimeno fu mantenuta all'effetto di affermare inequivocabilmente il rapporto giuridico di causalità indiretta fra l'evento e la mera inazione; si volle escludere la possibilità di sostenere che la semplice inerzia non potesse considerarsi causa dell'effetto, che è quasi sempre legato direttamente ad un fatto positivo di altri, inseritosi fra la omissione e l'evento.

Per chiarire: è il fatto del custode, ché omettendo di vigilare il furioso, non impedisce che questi commetta un omicidio o un ferimento; — dell'infermiere il quale trascura di impedire che l'ammalato si procuri, o procuri altrui, danno; — o anche: della balia che lascia denutrire il bambino; del ferroviere, che omettendo di segnalare la frana, concorre alla insorgenza del disastro. E simili.

È essenziale, perchè la omissione sia giuridicamente rilevante come elemento costitutivo di reato, che si riferisca non già ad un semplice dovere morale, per quanto imperioso; sibbene ad un dovere giuridico, derivante da una norma di diritto pubblico o privato, legislativa o consuetudinaria, o anche da obbligazione contrattuale.

Ora non è chi non veda quali e quanti di cotali doveri — squisitamente giuridici — abbia il medico nell'esercizio professionale; doveri che assumono vigoroso rilievo più specialmente nei riguardi del medico condotto, dell'ufficiale sanitario, del direttore di ospedale. Si rifletta, per poco, ai doveri specificamente previsti dalle leggi: obbligo di intervenire per impedire la diffusione di malattie infettive, denunzia di colerosi, vigilanza al mattatoio, ispezione agli spacci di bevande e di generi alimentari, allontanamento dei depositi insalubri, visita alle camere d'albergo, ecc. Si rifletta altresì come nello stato di ipertermia, effetto di svariatissimi processi tossinfettivi, non mancano quasi mai deliri febbrili, o sindromi confusionali, spesso con fantasmi allucinatori, che sconvolgono la coscienza, annullano l'istinto della conservazione e provocano da parte del malato danni a sè stesso, o alle persone che lo circondano. Ai quali danni può altresì condurre l'ansia dispnoica, la così detta « *fame d'aria* », propria alle infezioni bronco-pneumoniche: perfino nel corso delle più gravi infezioni di *spagnola*, è stato notato con quanta costanza e frequenza si ripetessero nei vari soggetti tentativi di defenestrazione. Eventi di danno che il medico, fin che può, ha il dovere (anche giuridico) di impedire, e può, di fatto, talora impedire, col suo pronto e tempestivo intervento.

Ora è a domandarsi: ove il mancato intervento possa riallacciarsi a fatti di negligenza, o di trascuratezza, anche gravi; anche tali da far luogo a sanzioni disciplinari, potrà l'evento di danno costituire il medico in condizioni di imputabilità penale, in base alla norma sopra trascritta, sotto il profilo di reato omissivo? Mi limito a porre la questione, per soggiungere come codesta eventuale possibilità ben varrebbe a fomentare azioni vessatorie e molestatorie, a basso sfogo di risentimenti e animosità, ai quali, purtroppo, va soggetto il medico.

È vero che spesso certe novità di disposizioni e di istituti rimangono sulla carta, senza applicazione pratica, se non sono penetrate nella coscienza generale; è quanto, in rapporto

(*) *I reati commissivi mediante omissione.* Roma, Athenaeum, 1916.

al codice passato, avvenne per la riprensione giudiciale, per gli arresti in casa, ecc. Ma noi dobbiamo presumere che la disposizione in esame, contenuta nel nuovo codice — la quale risponde a concetti morali superiori — verrà applicata, sia pure attraverso difficoltà pratiche.

Comunque, certi direttori di ospedali di provincia soggetti a cartelle d'oneri minuziosissime, nella distillazione delle quali si sbizzarrirono, in vena di filantropia, gli estri umanitari di certi santoni paesani, non farebbero male a considerarle in base alla nuova disposizione: sulla quale non sia superfluo aver richiamata l'attenzione dei colleghi.

Siena, ottobre 1931-IX.

Dott. Furio Salmoria.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Ascoli Piceno. Per la frazione Venagrande. — Stipendio L. 8000, ivi comprese L. 500 per indennità di laurea, oltre L. 3000 per indennità di cavalcatura, L. 700 di indennità speciale se il titolare è coniugato e L. 340 se celibe; il tutto al lordo riduzione 12 %, contributi Cassa di Previdenza ed imposte erariali. Età massima anni 40 s. e. l. Presentazione della domanda corredata dai documenti alla Segreteria del Comune entro il 20 dicembre 1931 - X. Chiedere informazioni alla Segreteria predetta.

Asolo (*Treviso*). — Scad. 31 dic.; pel capoluogo; L. 7500 e 5 quinquenni dec.; c.-v.; trasp. L. 3500; riduz. 12 %; età limite a. 40; tassa L. 50.

Bari. — Il Prefetto informa che il termine per la presentazione delle domande per il concorso ad ufficiale sanitario nel comune di Monopoli fissato pel 20 novembre è prorogato al 31 dicembre 1931.

Cavarzere (*Venezia*). — A tutto 25 gen.; 3° reparto; rivolgersi Segreteria com.

Castiglione d'Asti (*Alessandria*), — Stipendio L. 7.000 ed indennità mezzi di trasporto L. 2.500. Il tutto al lordo delle riduzioni RR. DD. 25-6-1927 N. 1159; 29-12-1927 N. 2672 e 20-11-930 N. 1490, nonchè delle ritenute Monte Pensioni ed inerenti. Domanda e documenti di rito alla Segreteria Municipale entro il 15 Febbraio 1932.

Fobello (*Vercelli*). — Consorzio Fobello, Cervasso, Rimella. Stipendio L. 9000. Assegno ufficiale sanitario L. 500; indennità trasporto L. 500; indennità caro-viveri se coniugato L. 840; indennità alloggio L. 1000 circa. Il tutto ridotto del 12 %, meno l'indennità di alloggio. Scadenza 31 dicembre 1931. Chiedere Bando di concorso alla Segreteria Consorziale presso il Municipio di Fobello.

Lecce, *Amministrazione Provinciale*. — Posto di coadiutore presso la Sezione Chimica del Laboratorio Provinciale d'igiene e profilassi. L. 9500 e 3 quadrienni di L. 700, oltre servizio attivo L. 1700; indennità caro viveri come per gli altri impiegati della Provincia e compartecipazione utili. Ritenuta come per legge. Documenti di cui all'art. 8 R. D. 16-1-1927, n. 155. Cartolina vaglia di L. 50,10. Scadenza ore 12 del 21 dicembre prossimo. Obbligo della residenza fissa nel Capoluogo. Chiarimenti presso la Segreteria generale.

Lecco (*Como*). *Sanatorio Istituto Vittorio Em. III.* — Assistente Volontario. Diritto a vitto ed alloggio. Inviare domanda titoli e documenti alla Direzione dell'Istituto non oltre il 15 dicembre 1931.

Molinella (*Bologna*). — A tutto 2 dic., 5ª cond.; L. 8624 e 5 quadrienni dec., oltre L. 2640 per automob. o cavallo, L. 440 bicicl.; c.-v. se ammogliato; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 1° nov.

Pescolanciano (*Campobasso*). — Per la locale prima zona. Stipendio L. 6000 al lordo della riduzione del 12 %; perciò nette L. 5280 sulle quali gravano tutte le ritenute di legge. Aumento di un decimo per ogni quinquennio di effettivo servizio e per tre quinquenni. Compenso di L. 5 (che nette del 12 % risultano L. 4,40) per ogni povero ammesso all'assistenza gratuita in più del 5 % degli abitanti della condotta. Per notizie sui documenti da produrre e altre modalità, chiedere bando di concorso alla Segreteria del Comune. Scadenza 15 febbraio 1932.

Piombino (*Livorno*). *Congregaz. di Carità.* — Scad. ore 18 del 30 dic.; primo assistente med., primo assistente chirurgo e assistente chirurgo presso l'Ospedale Vitt. Em. III; stipendi rispettiv. L. 6500, 5500 e 3000, oltre vitto, alloggio, biancheria; compartecipaz.; per i primi due posti 5 quadrienni dec.; deduz. 12 %.; doc. a 3 mesi dal 30 ott.; soli titoli. Chiedere annunzio.

Roma. *Ministero delle Comunicazioni (Ferrovie dello Stato).* — Concorso per titoli ai seguenti posti di medico di riparto: Ascoli Piceno II, Cagli, Cattolica S. G., Nocera Umbra, Portocivitanova (Ancona); Faenza I, Fiorenzuola d'Arda, Monselice (Bologna); Livorno I (Pisa); Campoleone, Cassino I, Magliano Sabina, Sgurgola (Roma); Baronissi (Salerno); Bardonecchia, Chivasso II (Torino); Trento II, Monguelfo (Trento); Isola d'Istria, Pisino I (Trieste). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 15 dic.

Venagrande. — (Vedi Ascoli Piceno).

Viterbo. — Medico del Dispensario celtico com. gestito dall'Opera Pia Ospedale Grande di Viterbo; scad. 15 feb.; L. 8500 ridotte 12 %; età lim. 40 a. Rivolgersi alla Segreteria del Comune.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il premio Nobel per la medicina è stato conferito, come ne demmo già l'annunzio, al prof. Otto Warburg, dell'Università di Berlino, per la sua scoperta sulla natura dell'azione degli enzimi. Il Warburg è nato il 20 luglio 1859; ha compiuto i suoi studi a Berlino, ove nel 1891 conseguì la docenza privata. Si è poi dedicato in specie alla fisiologia e alla patologia vegetali; ha anche compiuto ricerche sull'agricoltura coloniale (nell'Asia orientale, nell'India e nelle isole del Pacifico). Ha pubblicato molte memorie che ne fanno una delle personalità più note e di maggior valore nella scienza botanica. Dirige l'Istituto di fisiologia cellulare di Berlino-Dahlem.

Alla cattedra di clinica neuropsichiatrica di Messina è stato chiamato da Sassari il prof. A. Coppola.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Torino.

Riunione del centro ospitaliero per lo studio dei tumori.

L'ultima riunione è stata preceduta da una breve cerimonia per la consegna da parte dell'amministrazione dell'Ospedale S. Giovanni del busto del prof. Pescarolo al Preside del Centro prof. B. Morpurgo. Il busto del prof. Pescarolo, che fu fondatore ed animatore dei primi anni di vita del Centro, sarà collocato nella sede del Centro.

Nella seduta scientifica il prof. G. Serafini comunicò su un tumore del tenue di natura nervosa, ricordando l'analogia del neoplasma da lui osservato con alcuni tumori peduncolati dello stomaco. Per i caratteri istologici egli ritiene che tali tumori, che non hanno carattere infiltrante, devono considerarsi come Schwannomi e non ritiene si debba usare per essi il nome di neurinomi.

Il prof. Buccianti della Clinica Medica di Milano comunicò sui reperti della misura della massa del sangue e del ricambio emoglobinico nelle anemie cancerigne esponendo i risultati delle sue ricerche che depongono per un aumento della massa sanguigna e plasmatica e dell'indice emolitico nelle anemie cancerigne. Nella discussione il prof. Cipriani ricordò come la massa sanguigna in tutti gli individui deperiti risulta aumentata in confronto al peso corporeo, mentre negli obesi risulta diminuita in confronto al peso, essendo il tessuto sanguigno un tessuto che ha tendenza a conservare il proprio volume. Il prof. Micheli, pure nella discussione, ricordò che anche dalle ricerche della sua Scuola risulta che vari tipi di anemia a carattere anemopoietico dimostrano d'altro canto emolisi accentuata.

Seguì la comunicazione del prof. A. M. Dogliotti che espose alcuni risultati soddisfacenti da lui ottenuti con le iniezioni d'alcool perineurali nel trattamento di dolori gravi da tumori maligni. Buoni risultati con questo metodo ottenne anche il prof. Segre.

Il prof. Bruzzone riferì su una serie di 30 casi di tumori maligni primitivi delle tonsille palatine. La prognosi, sia con la cura chirurgica (difficilmente completa) sia con l'elettrocoagulazione che con la radioterapia, è molto grave, non potendosi in generale contare che su benefici transitori. La frequenza della localizzazione sembra maggiore nelle classi povere forse per la scarsa igiene della cavità orale.

I dottori F. Stoppani ed M. Boggetti riferirono sulle loro osservazioni sperimentali e cliniche di epatosplenografia. Essi studiarono prima il procedimento sui conigli con iniezioni di 5 cmc. di soluzione di torio non riscontrando effetti dannosi; nell'uomo hanno da poco iniziato le esperienze con molta prudenza iniettando la dose necessaria suddividendola in 5 giorni a quantità crescenti. Presentarono alcuni radiogrammi. Essendo l'esperienza recente gli autori non credono di pronunciarsi sulla larga applicazione del metodo ed attendono di seguire a lungo gli ammalati per le eventuali azioni lontane del torio sull'emopoiesi che fin'ora però non riscontrarono, come non riscontrarono alcun altro disturbo degno di nota. Il prof. Micheli nella discussione attirò l'attenzione sull'utilità che il procedimento può avere per la diagnosi differenziale dei tumori ipocondriaci specie di sinistra ed il prof. Morpurgo riferì sul reperto di preparati istologici di fegato dei conigli iniettati in cui appunto, malgrado esistano abbondanti granuli perinucleari riconducibili alla sostanza iniettata, non vi erano lesioni degenerative cellulari.

Seguirono altre comunicazioni del dott. Gayta relative ad alcune osservazioni sulle condizioni geografiche, metereologiche e sociali riguardo alla frequenza dei tumori, ed infine una comunicazione del dott. Caligaris sul carcinoma da catrame e una dei dottori M. Mairano e S. Teneff sulla cloruremia negli ammalati di tumori maligni e benigni con risultati i quali dimostrano che non esistono in generale notevoli variazioni del tasso cloremico. CIPRIANI.

NOTIZIE DIVERSE.

All'Accademia d'Italia.

Con grandissima solennità il 15 novembre ebbe luogo l'inaugurazione dell'anno accademico, alla presenza di S. M. il Re e di altissime autorità dello Stato.

Il presidente sen. Marconi tenne il discorso inaugurale. Il segretario generale, sen. Volpi, lesse la relazione sull'attività dell'Accademia.

2° Congresso di chirurgia plastica ed estetica.

Si è svolto a Parigi nei giorni 2 e 3 ottobre, sotto la presidenza del prof. Dartigues; presidenti d'onore furono i proff.: Corachon di Barcellona, Manna di Roma e Jiano di Bucarest. Sono state fatte più di 40 comunicazioni.

Il Congresso è stato integrato da sedute operatorie, a cura dei dottori Claoué, Dartigues, Montant e Wallet.

Congresso internazionale delle infermiere.

Si adunerà a Parigi e Bruxelles dal 15 giugno al 15 luglio 1933. Oltre alle discussioni e conferenze, sono in programma delle escursioni ad importanti istituti di cura. Lingue ufficiali saranno il francese, l'inglese e il tedesco (la lingua italiana non è tra quelle ufficiali!).

Al precedente congresso, adunatosi in Montreal (Canadà), convennero circa 6000 persone; si può prevedere un'affluenza notevolissima anche al venturo Congresso.

8ª Conferenza panamericana della Croce Rossa.

Si adunerà a Rio de Janeiro nel luglio 1932 e tratterà i seguenti temi: organizzazione e sviluppo delle Società nazionali della Croce Rossa; collaborazione della Croce Rossa con istituzioni che perseguono fini consimili; evoluzione dell'opera della Croce Rossa nel continente americano dopo la 2ª conferenza panamericana; adattamento del programma generale della Croce Rossa al tempo di pace e alle condizioni particolari delle nazioni americane; soccorsi nelle calamità; igiene e assistenza; infermiere; Croce Rossa Giovanile.

Nuova Società stomatologica italiana.

Il 15 novembre nella R. Università di Parma, alla presenza del Rettore Magnifico prof. Preti, del Segretario Politico e di numerosi professori della Facoltà medica, si è costituita la « Società italiana di chirurgia della bocca e ortopedia dento-facciale », con un primo nucleo di circa duecento stomatologi fra i quali oltre venti tra incaricati e docenti di odontoiatria.

Il Rettore tenne il discorso d'apertura. Dopo parlarono i proff. Arlotta, Bellinzona e Corradi, che lesse numerose adesioni, tra cui quella di S. E. Paolucci.

Il Consiglio della Società è stato così costituito: presidente onorario comm. dott. Bellinzona di Milano; presidente effettivo prof. Arlotta, direttore dell'Istituto Stomatologico di Milano; vice-presidenti: proff. Grandi di Trieste e Cavina di Bologna; consiglieri: proff. Brusotti di Milano, Campiglio di Milano, Boggio di Torino, Zunini di Roma, D'Alise di Napoli: segretario generale il prof. Corradi di Parma.

Sarà creato un giornale scientifico della Società; della redazione faranno parte i proff. Piperno, Brusotti e Coen-Cagli.

Per l'Istituto oncologico di Berlino.

Il sig. Maurice Bunau-Varilla, proprietario del giornale « Le Matin » di Parigi, ha donato 20.000 franchi all'Istituto oncologico di Berlino, per ricerche scientifiche. È questa una prova di solidarietà internazionale nel campo della scienza.

Ambulatori chiusi a Berlino.

A causa della crisi finanziaria, il Municipio di Berlino è stato costretto a chiudere sette dei suoi ambulatorii per malattie veneree.

Per una nuova cattedra a Madrid.

La Facoltà medica di Madrid ha chiesto al Governo che venga istituita *ad personam* una cattedra d'istologia normale e patologica, per il dott. P. Del Rio Hortega.

Nuovi laboratori a Chicago.

Il 5 ottobre venne inaugurato a Chicago un grandioso edifizio, contenente varii laboratori per la scuola medica. È costato circa 30 milioni di lire it.; risulta di 7 piani: al 1° piano hanno sede gli uffici amministrativi e il decanato; il 2° piano è destinato alla fisiologia; il 3° alla chimica fisiologica; il 4° alla farmacologia; il 5° il 6° ed il 7° all'anatomia.

Il nuovo edifizio farà parte del nuovo grandioso centro medico universitario di Chicago.

Scuola medica ricostituita.

È stata ricostituita la Facoltà di medicina, chirurgia, dentistica e farmacia di Granada (Nicaragua), che, come ne avevamo dato notizia, era stata soppressa. Gli allievi che hanno superato gli esami alla Facoltà di Granada come pure alla Facoltà di Leon dovranno sostenere un esame complementare a Managua, prima di essere abilitati all'esercizio professionale.

Ricerche promosse da studenti.

L'associazione studentesca dell'Università di California a San Francisco ha destinato all'Università 1500 dollari, pari a circa 30.000 lire it., residuo degli introiti delle gare di foot-ball, affinchè vengano compiute delle ricerche sull'eziologia e il trattamento dell'epidermomicosi, detta anche « piedi d'atleta ». Nello scorso anno l'associazione finanziò pure queste ricerche, le quali sono condotte dai dottori R. T. Legge, H. J. Templeton e dal prof. L. Bonar.

I ruoli della Sanità Pubblica.

La « Gazzetta Ufficiale » del 14 settembre ha pubblicato i nuovi ruoli del personale d'amministrazione della Sanità pubblica. Il Ministero dell'interno ha facoltà di provvedere al reclutamento di personale, entro i limiti dei ruoli, che comprendono 441 persone.

Mostra di piante medicinali.

È stata organizzata a Brescia, dall'Istituto fascista di cultura e dal Gruppo naturalistico Ragazzoni. Venne inaugurata il 10 ottobre.

La Farmacopea francese in Bolivia.

In Bolivia, mentre viene allestita una Farmacopea Nazionale, l'« Ispezione delle farmacie » ha stabilito che le preparazioni farmaceutiche si conformino al codice francese.

Nuovi periodici.

La « Revista de Ortopedía y Traumatología » ha iniziato le pubblicazioni a Buenos Aires; è a periodicità trimestrale. È diretta dal prof. J. Valls; ne è redattore-capo il dott. C. E. Ottolenghi, segretario il dott. F. Oleaga Alarcon. L'abbonamento annuo importa 10 pesos. Gli uffici hanno sede in: Córdoba 682, Buenos Aires.

In onore di Cannon.

Il 15 ottobre si è svolta una cerimonia in onore del dott. Walter Bradford Cannon, professore di fisiologia a Boston, in occasione del 25° anniversario del suo insegnamento. La cerimonia venne presieduta dal decano D. L. Edvall; parlarono il prof. W. C. Alvarez su « L'influenza dell'opera del dott. Cannon sul pensiero e sul progresso medico » e il prof. W. H. Howell su « Lo sviluppo della fisiologia durante gli ultimi 25 anni e l'influenza del dott. Cannon su di esso ». Ad un pranzo il prof. G. Lusk tenne una dissertazione su « La vita di un professore ».

In memoria di Michele Serveto.

Sulla casa ove, nel 1509, nacque il celebre anatomico spagnolo, in Villanueva de Sigen, è stato apposto un medaglione. I convenuti alla cerimonia hanno preso impegno di far sorgere un monumento al Serveto sulla piazza che da lui prende il nome nella stessa cittadina.

Miguel Servet, oltre che medico, era teologo; schieratosi per la riforma protestante, dovette rifugiarsi a Ginevra; ma ivi Calvino, dalle cui dottrine dissentiva, lo fece condannare al rogo, nel 1553. In questa città gli venne eretto un monumento espiatorio nel 1903.

Incendio dello studio di Moynihan.

Al ritorno dall'America meridionale, lord Moynihan ha subito un gravissimo infortunio: il suo ufficio, in Leeds, è andato completamente distrutto dal fuoco. Sono rimaste incendiate le cartelle cliniche dei pazienti, moltissime lettere private, estratti di lavori, copie delle prime edizioni delle opere dell'insigne chirurgo. Anche una collezione di quadri di chirurghi di valore è andata perduta.

Avvelenamento alimentare collettivo.

Abbiamo già dato notizia di un « avvelenamento » alimentare collettivo prodottosi in un pen-

sionato di studenti della « Perdue University » (Indiana, Stati Uniti). L'esame batteriologico ha dimostrato trattarsi di tossi-infezione da *Bacterium enteritidis*.

Studio dell'anatomia dal punto di vista artistico.

Il dott. Henry Meige, della Salpêtrière, in una conferenza ha deplorato che lo studio dell'anatomia sia fatto dai medici solo sul cadavere. Egli preconizza di far precedere lo studio morfologico sul vivo.

Il medico trarrebbe molti vantaggi dalla conoscenza dei dettagli del corpo umano sul vivo. Riconoscerebbe precocemente i difetti del corpo, lo sviluppo irregolare di gruppi muscolari, le deviazioni dello scheletro, le anomalie dei movimenti e del cammino. Oggi la sua attenzione non vi è richiamata se non quando i difetti già sono molto pronunziati e difficili a correggere.

Nell'interesse della diagnosi, si richiederebbe una conoscenza perfetta del tipo normale. D'altra parte lo sviluppo della chirurgia estetica comporta pure una più completa conoscenza dell'anatomia esterna.

Crociera del "Bruxelles Médical,, alle isole del sole.

La prossima crociera delle grandi vacanze organizzata dal « Bruxelles-Médical » si effettuerà sulla nave « Brazzo » dal 27 luglio al 21 agosto; partenza da Bordeaux; si toccheranno Oporto, Lisbona, Punta Delgada e Orte (Isole Azorre), Fuchal (Madera), Teneriffa (Canarie), Casablanca, Tangeri, Ceuta, Palma di Majorca (Baleari), Cagliari (si costeggeranno la Sardegna e la Corsica), Livorno, Marsiglia; ivi la crociera avrà termine. Prezzi per medici: franchi francesi 4975 in 1ª classe e 2325 in 2ª. Da ogni scalo si faranno escursioni; inoltre sono stabilite alcune escursioni facoltative, a prezzi moderati (per es. da Livorno a Pisa, Firenze e Montecatini). Sino al 1° febbraio si accetteranno solo iscrizioni di medici e di persone delle loro famiglie; se avanzeranno posti, potranno essere iscritte persone raccomandate da medici. Le iscrizioni avranno luogo secondo l'ordine di arrivo delle domande. Rivolgersi a: « Bruxelles-Médical », Section des Voyages, boulevard Adolphe Max 29, Bruxelles, Belgio.

Una curiosa azione giudiziaria.

Si è svolta a Budapest ed è giunta fino alla Corte d'appello. Un medico, dott. Bajor, aveva praticato una cura dimagrante in una signora dell'aristocrazia locale. Non ricevendo il compenso per l'opera prestata, intentò causa contro il marito della cliente, professore universitario. Questi rifiutò di corrispondere il compenso, sotto più titoli. Anzitutto la cura non era affatto necessaria, poichè la moglie pesava solo 52 Kg. prima d'iniziarla. Il peso poi si ridusse a 45 Kg.; ma le condizioni generali erano divenute tanto deperite, che fu necessario l'intervento di un altro medico: il marito reclamava, pertanto, l'importo di questa cura supplementare. D'altra parte, una cura dimagrante va considerata come un lusso e non come una necessità; ora la legge ungherese fa obbligo al marito di riconoscere i debiti della moglie solo se contratti per rispondere a necessità.

Durante il processo in Corte d'appello, il dott. Bajor difese con vigore il proprio operato. Prima che fosse letta la perizia ordinata dalla Corte, avvenne un colpo di scena: un testimone volontario, medico, depose che nel 1926 egli era stato vittima dello stesso trucco, da parte della stessa coppia. Questa rimase oltremodo imbarazzata. La Corte sentenziò a favore del dott. Bajor; il dispositivo della sentenza è preceduto da considerazioni sull'ingratitudine dei clienti.

Azioni disciplinari contro odontoiatri.

Il « Board of Dental Examiners » dello stato di California aveva revocato la licenza di esercizio professionale a due odontoiatri, dottori Barron e Wilkinson, perchè facevano della pubblicità diffondendo degli annunzi per mezzo di una stazione radio. I due puniti ricorsero al Tribunale, e questo annullò il provvedimento disciplinare. L'Ufficio suddetto è ricorso in appello; ma la Corte d'appello della California (1ª Divis., 1ª Sez.) ha confermato il giudizio del Tribunale, perchè nessuna legge della California vieta la pubblicità per mezzo della radio e perchè gli annunzi diffusi dai due medici non potevano essere impugnati di falsità e non equivalevano a « senseria per la captazione di clientela », come pretendeva l'accusa.

Errore di paziente ?

La Corte Suprema di Washington ha dato il giudizio definitivo in una causa intentata da un paziente, certo Samuelson, contro i medici di un ambulatorio, nel quale egli sarebbe stato scambiato da un chirurgo, dott. Taylor, con un altro paziente e perciò assoggettato a un intervento non necessario sul seno mascellare destro. Lo scambio sarebbe emerso ad operazione avvenuta: il medico avrebbe espresso la sua sorpresa e il suo rammarico, parlando con una infermiera.

All'intervento seguirono gravi sofferenze, per infezione dell'antro, il che rese necessario un nuovo intervento, che fu eseguito in un ospedale. Dal dibattito è emerso all'evidenza che nessuno scambio di paziente era intervenuto, e che l'operazione era indicata, sebbene le conseguenze non ne siano state felici. I medici sono stati assolti.

Si è spento il dott. JOHN OSBORN POLAK, professore di ostetricia e ginecologia alla Scuola Medica di Long Island (New York), direttore dell'« American Journal of Obstetrics and Gynecology », ex-presidente dell'Associazione Americana di Chirurgia, Ginecologia ed Ostetricia, autore di pregevoli studi e di manuali molto diffusi. Contava 61 anni.

B.

È morto a Berlino, in età di 62 anni il prof. ALFRED GROTJAHN, creatore dell'insegnamento d'igiene sociale. Esercitò a lungo la medicina pratica nell'ambiente operaio e ne attinse gli elementi della nuova disciplina. Nel 1912 pubblicò la « Soziale Pathologie », cui fece seguito l'enciclopedia « Handworterbuch der soziale Hygiene ». La sua competenza tecnica emerge dal suo lavoro sugli ospedali, pubblicato nel 1908. Ha compiuto altri pregevoli studi, sull'alcoolismo e sulla natività. Mantenne sempre i contatti con la medicina generale. Il suo recentissimo libro « Aerzte als Patienten », ha destato vivo interesse.

A. I.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journ. Praticiens, 19 sett. — Achard. Il cancro del polm. — P. Presnel. Inconvenienti nella cura sclerosante delle varici.

Med. Herald, sett. — H. Williams. Il metabolismo endocrino nelle psicosi.

Gaz. Hôp., 16 sett. — Benon. Epilessia e pat. mentale. — *Id.*, 19 sett. — Hougre e Waremborg. Valore nosologico della nefrosi lipoidica.

Riv. San. Sic., 15 sett. — Num. dedicato alla piccola bonifica nella lotta contro la malaria.

Med. Klinik, 18 sett. — Biedl. L'ormone sessuale delle ghiandole germinali e del lobo anteriore dell'ipofisi. — Brugsck ed altri. Sul così detto preparato ormonico circolatorio.

Med. Welt., 19 sett. — Thielemann. Carcinoma delle vie aeree superiori. — Kafemann. Infiammazione ed anestesia. — Cakor. Le lavande vaginali.

Presse Méd., 19 sett. — Mouriquand. Le distrofie inapparenti. — Jacquerod. Tubercolino- ed antigeno-terapia.

Le Scalpel, 19 sett. — Snapper. Rapporti fra chirurgia e malattie ossee endocrine. — Courtois. I miracoli della frenicectomia.

Bull. Méd., 19 sett. — Edelmann. Proprietà farmacodinamiche e terapeutiche della clorofilla.

Gazz. Osp. e Chir. 20 sett. — G. Norsa. Sieroterapia, vaccinazione e risvegli patologici.

Med. Klinik, 25 sett. — Kleinschmidt. Osservazioni su un'endemia di scarlattina. — Bauer. La questione della nefrosi.

Presse Méd., 26 sett. — Granduluade e Lesbre. L'infez. locale dentaria e suoi risentimenti organici. — Baudet. Il trattam. immediato delle fratture aperte della gamba.

Journ. Pratic., 26 sett. — Bordier. La diatermocoagulaz. nelle emorroidi procidenti. — S. Bloch. La pleurite dei cardiaci.

Nederl. Tijd. v. Gen., 26 sett. — Van Thienen. La bronchiectasia.

Journ. Am. Med. Ass., 12 sett. — W. Meyerding. Trattam. chir. dell'artrite cronica. — A. Kelly. Il radio nel trattam. dei disturbi mestruali. — Th. Parran. Il programma igienico di New-York.

Lancet, 26 sett. — W. Mooro. Trattam. operativo dell'idrocele.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., 15 sett. — I. Sabry. Natura chimica della tossina pellagrosa e trattam. della pellagra col triosolfato.

Proc. Roy. Soc. Med., sett. — Robinson. Dolore di schiena ed infez. cervicale. — Minski. Encefalite di origine ignota. — Mauson-Bahr. Metodi moderni di trattam. dell'amebiasi. — Discussione sul cancro inoperabile della vescica.

Indice alfabetico per materie.

V. Ascoli †, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

Per abbonamenti cumulativi con « Il Policlinico », v. all'ultima pagina del precedente N. 48.

ANNO XXXVIII Roma, 7 Dicembre 1931 - X Num. 49

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE

ISTITUTO CLIMATICO « CESARE BATTISTI » DELLA CROCE ROSSA ITALIANA.

Evoluzione del concetto e della pratica del pneumotorace.

Dott. prof. GUIDO MENDES, direttore.

Come è ben noto il concetto del pneumotorace terapeutico così come venne ideato dal nostro grande Forlanini è stato quello di introdurre un gas indifferente nel cavo pleurico allo scopo di provocare lo scollamento del polmone allontanando l'uno dall'altro i due foglietti pleurici e producendo così gradualmente il collasso del polmone stesso (collassoterapia).

Questo collasso polmonare renderebbe possibile una compressione del parenchima affetto da lesioni tubercolari, ed in queste zone, divenute atelettasiche, si produrrebbero delle modificazioni di circolazione e di trofismo capaci di arrestare l'evoluzione del processo tubercolare.

Le ulteriori osservazioni hanno dimostrato però la insufficienza di tale semplice teoria a spiegare tutti i risultati che con la collassoterapia si possono ottenere malgrado condizioni di lesioni spesso fra loro assai diverse.

È comune nozione intanto che buoni miglioramenti, ed anche guarigioni, si possono attingere in casi nei quali non si è potuta ottenere una vera e propria atelettasia del polmone ammalato, che talora rimane incompressibile anche attuando forti pressioni endopleuriche.

Ciò avviene specialmente quando si abbia a che fare con un polmone che presenti quelle alterazioni produttive che lo rendono poco elastico e poco compressibile (pneumotoraci rigidi) e ciò avviene anche quando, malgrado un buon decorso generale della cura pneumotoracica, permangano nel moncone polmonare beanti delle lesioni cavitarie, fatto questo non infrequente specialmente nelle forme di ulcero-fibrosi che rappresentano un buon terzo dei casi raccolti nei nostri sanatorii.

Vi è quindi un fattore più importante della compressione che agisce favorevolmente nella collassoterapia e tale fattore è senza dubbio la *immobilizzazione* più o meno completa del polmone.

Si sa infatti che gli organi respiratorii sono per la loro funzione in continuo movimento, si sa altresì che negli ammalati di petto oltre i fisiologici movimenti di inspirazione

e di espirazione i polmoni sono continuativamente traumatizzati dalle brusche scosse dovute alla tosse ed è noto d'altronde che il miglior modo di curare un qualsiasi organo mobile affetto da lesioni tubercolari è quello di metterlo a completo riposo.

Interponendo uno strato gassoso fra i due foglietti pleurici noi otteniamo appunto questo isolamento e questa immobilizzazione del polmone ammalato così come un apparecchio gessato mette a riposo una articolazione, abolendone ogni funzionalità.

Non sempre a dir vero si riesce ad ottenere mediante il pneumotorace una immobilizzazione assoluta del polmone come non sempre è dato attuarne il collasso completo, ma già una immobilizzazione parziale può dare favorevoli risultati, come pure può darli un collasso non completo purchè esso si esplichi sui singoli lobi ammalati, il che avviene fortunatamente abbastanza di frequente (collasso selettivo) allorchè i punti lesi non hanno contratto forti aderenze con la pleura parietale.

Infatti interponendo uno strato gassoso tra i due foglietti pleurici cessa l'attrazione che la pleura viscerale esercita normalmente sul polmone sottostante, e viene permesso di retrarsi alle parti affette da lesioni.

Non è il caso di soffermarsi a lungo sulla tecnica del piccolo atto operatorio che costituisce il pneumotorace, nè sullo strumentario che occorre per compierlo.

Si sa che una numerosa serie di gazometri diversi sono stati ideati per contenere e misurare i gas che devono essere insufflati. I gas usati sono in genere l'azoto o l'aria filtrata che presso a poco si equivalgono.

Qualcuno preferisce fare la prima introduzione, quella che forma la bolla iniziale, usando l'ossigeno, gas più facile a riassorbirsi e che quindi si può insufflare con maggior confidenza come *ballon d'essai*.

Visto che tutto procede regolarmente con l'O. si può, dopo introdottine un centinaio di cmc., cambiare apparecchio e continuare con l'azoto o con l'aria filtrata.

Al gazometro è collegato il manometro destinato a misurare di tanto in tanto la pressione che il gas stesso viene raggiungendo nel cavo pleurico.

Anche gli aghi od i trequarti che servono per penetrarvi attraverso uno spazio intercostale sono assai varii fra loro a seconda degli autori che li hanno ideati.

Sta di fatto però che ogni apparecchio ed ogni ago può essere usato con soddisfacenti risultati quando chi li adopera usi una buona tecnica ed agisca con circospezione e pazienza.

Dico *pazienza* perchè molte volte è appunto la mancanza nell'operatore di questa virtù che fa commettere degli errori o delle trascuranze funeste durante la pratica così semplice e pure così delicata di questo piccolo intervento.

Esso è del resto di facile attuazione, starei per dire di troppo facile attuazione, ed in genere affatto pericoloso.

Per la prima insufflazione alcuni pneumotoracisti usano degli speciali trequarti a mandrino smusso che danno la sensazione netta del momento nel quale si traversa la pleura parietale il che può essere utile in certi casi; altri adoperano anche per la prima insufflazione l'ago che si usa comunemente pure nei rifornimenti successivi.

Una volta raggiunto lo spazio virtuale che separa i due foglietti pleurici fra loro si vede il manometro annesso all'apparecchio oscillare in modo talmente caratteristico durante gli atti respiratorii che non vi può esser dubbio alcuno circa la situazione dell'ago.

Talora a dir vero non si riesce sempre a raggiungere di primo acchito lo spazio virtuale endopleurico ed il manometro non oscilla; in tal caso occorre fare dei prudenti tentativi ed accertarsi anche che qualche frustolo di tessuto o qualche goccia di sangue o di liquido pleurico non abbiano otturato l'ago.

Occorre in tal caso usare con prudenza il mandrino per cercare di liberare l'ago da questi intasamenti, e guardarsi bene dal ricorrere a quella manovra di strizzamento del tubo di gomma che porta l'ago che alcuni compiono nell'intento di rimuovere la causa di otturamento dell'ago stesso.

Infatti se molte volte questa manovra, fatta sempre alla cieca, riesce innocua, può una volta immettere una bolla d'aria in un vasellino sanguigno ed esporci alla produzione di una embolia.

Non è però, tutto sommato, difficile di acquistare in poco tempo la tecnica che occorre per compiere queste manovre, quello che non è facile acquistare in breve è piuttosto la pratica molto delicata della condotta della cura.

Su questo non si possono dare regole generali: solo una lunga esperienza può darle, poichè per ogni caso vi è un *optimum* individuale di pressione endopleurica da ottenersi, e di quantità di gas da insufflarsi: ogni caso deve quindi essere studiato e seguito con molta cura.

Le introduzioni di gas debbono esser fatte con lentezza, ed anche in quei casi nei quali l'aspirazione toracica è forte, occorre evitare che il gas sia assorbito troppo rapidamente, controllando ripetutamente i dati del manometro annesso all'apparecchio.

Le quantità di gas che si introducono debbono essere moderate onde evitare le iperpressioni, ma d'altronde la pressione endopleurica non è sempre in rapporto con essa.

Infatti talora piccole quantità di gas la fanno elevare rapidamente e fortemente e ciò avviene specialmente quando il pneumotorace sia incompleto e la bolla gassosa sia limitata per aderenze o perchè si sia formato un idropneumotorace.

In questi casi si notano sempre da principio delle amplissime oscillazioni manometriche che poi si vengono rapidamente riducendo e tendendo verso la positività.

In altri casi al contrario anche dopo l'introduzione di abbondante volume di gas non si riesce ad ottenere una pressione positiva, oppure dopo trascorso poco tempo dall'insufflazione la pressione torna a divenire fortemente negativa ed il polmone, da prima compresso, a respirare di nuovo (pleure bevitrici).

Varie possono essere le cause di tali fenomeni che facilmente ingannano ed inducono notevoli errori di tecnica. Basti infatti pensare che molte volte non il collasso polmonare, ma lo spostamento del mediastino o l'abbassarsi del diaframma riducono od annullano la positività della pressione endopleurica.

Anche la diversa posizione del paziente modifica notevolmente questa pressione: essa appare minore quando il soggetto si trovi in decubito laterale, con l'emitorace da pneumotoracizzare verso l'alto, perchè polmoni e mediastino tendono per legge di gravità ad esagerare lo spazio endopleurico da quel lato; se si mette invece il paziente in decubito dorsale cessa lo spostamento in basso dei visceri endotoracici e la pressione endopleurica si eleva notevolmente rispetto a quella constatata nella precedente posizione, equilibrandosi da entrambe le parti.

Per constatare durante il corso della insufflazione le variazioni di pressione che si producono nella cavità endopleurica e poter anche apprezzare gli eventuali spostamenti del mediastino o l'abbassarsi progressivo del diaframma il Parodi ha costruito un apparecchio: *l'ergomanometro*.

Però i dati forniti dal manometro annesso a tutti gli apparecchi, uniti a quelli che si desumono da un sistematico controllo radiologico che mai deve mancare, esimono in via ordinaria dall'uso di questo ingegnoso strumento.

Anche per la frequenza con la quale si debbono ripetere i rifornimenti, non è possibile dare alcun precetto schematico.

In generale si sa che i primi rifornimenti vanno eseguiti con maggiore frequenza e che poi, in secondo tempo, allorchè lo pneumotorace sia ben avviato, si possono distanziare con un periodo intervallare progressivo.

Poichè si tratta di ottenere un buon collasso ed una buona immobilizzazione del polmone malato pur senza giungere a pressioni endopleuriche troppo elevate, e senza produrre compressioni troppo rapide e violente, è ovvio che la condotta della cura, sempre diversa nei diversi casi, richiede dall'operatore una grande esperienza ed anche una grande oculatezza.

Come si è già accennato però la costante osservazione dei dati manometrici ed il sistematico controllo radiologico, sono per lui la miglior guida, tanto più che non vi è molto da fondarsi, specialmente nei primi tempi del pneumotorace, sui dati che ci può fornire l'esame obiettivo.

I dati manometrici ci danno un'esatta idea della pressione che regna nel cavo endopleurico all'inizio della insufflazione, e del suo successivo modificarsi durante l'insufflazione stessa. Si può anche talora, all'infuori della manovra del rifornimento, sondare con un ago sottile in comunicazione col manometro, lo stato della pressione endopleurale, ma è bene non ripetere troppo spesso questa ricerca, accontentandosi di annotare accuratamente i valori manometrici all'atto dei rifornimenti.

L'esame radiologico poi rappresenta, come si è detto, la guida migliore per avere sicure indicazioni circa la condotta della cura.

Già prima di decidere se si debba o no adottare la cura collassoterapica, occorre illuminarsi sulle condizioni polmonari del paziente con un accurato esame radioscopico e con una buona radiografia.

Col primo vediamo per così dire vivere il polmone sotto i nostri occhi e ci rendiamo conto della mobilità di esso, della sua espansibilità, dello stato dei seni costodiaframmatici, del rischiararsi o meno del parenchina all'atto del tossire ecc.

La radiografia ci mostra invece le alterazioni dell'immagine polmonare che talora per esser troppo minute sfuggirebbero al fugace esame radioscopico.

Durante il corso della collassoterapia poi i ripetuti controlli radioscopici permettono di seguire il progressivo scollarsi del polmone sotto l'azione della bolla gassosa che si viene costituendo, le eventuali aderenze che ostacolano parzialmente tale scollamento, il formarsi talora di una piccola falda di liquido che occupa il fondo del seno costodiaframmatico, falda che non potrebbe per la sua esiguità venir rivelata da nessun esame obiettivo per quanto accurato.

Inoltre mercè queste sistematiche osservazioni, che sarebbe bene ripetere ad ogni rifornimento, si può accertare se l'immobilizzazione del moncone polmonare collassato sia completa o solamente parziale, se esista tendenza allo spostarsi del mediastino, se si sono formate ernie mediastiniche, se il diaframma sia festonato o si sia abbassato ed abbia perduto parte della sua tonicità, e se le due metà di esso, invece di abbassarsi simultaneamente

durante le inspirazioni, si comportino in maniera opposta fra loro abbassandosi da una parte e sollevandosi contemporaneamente dall'altra (movimento a bilancia o fenomeno di Kienbock) il che può avvenire per cause diverse non sempre facili a stabilirsi.

Certo la presenza di aderenze alla base polmonare ha notevole importanza nella produzione del fenomeno, ma qualcuno lo attribuisce anche alla forte positività di pressione che regna talora nello spazio endopleurico insufflato e che produce un disquilibrio tra i due emidiaframmi durante gli atti respiratorii.

Allorchè l'esame radiologico riveli una sinechia fra pleura viscerale e pleura parietale che ostacoli il progressivo collasso, specialmente quando questa sinechia si trovi in corrispondenza del punto leso del polmone, occorre tentare se sia possibile di distaccarla forzando alquanto le pressioni.

È facile comprendere però la estrema delicatezza di questa manovra che qualche volta riesce a rompere effettivamente l'aderenza, o per lo meno a stirarla ed a renderla simile ad un sottile e lungo cordone che non contrasta praticamente la efficacia della cura pneumotoracica, ma che talora non ha alcun risultato.

La grande prudenza con la quale debbono esser compiuti questi tentativi, che possono talora produrre la rottura del parenchima polmonare con tutte le sue gravissime conseguenze non può quindi esser mai abbastanza raccomandata.

A rimuovere con mezzi più diretti le sinechie pleuriche, sempre però che esse non siano grandi ed a largo impianto, lo Jacobaeus di Stoccolma ha ideato una speciale operazione ed uno strumentario speciale.

L'operazione di Jacobaeus consiste nel taglio endopleurico delle aderenze mediante un ansa galvanocaustica sotto la guida di un toracoscopio.

Consta quest'ultimo di un tubo che porta da un lato la lente oculare e dall'altro un obbiettivo a visione laterale.

Avanti all'obbiettivo si trova una lampada elettrica (3 volts) per l'illuminazione del cavo pleurico.

Il toracoscopio si introduce nel torace attraverso uno speciale trequarti a valvola ed una volta avuta ben netta la visione del cavo endopleurico e delle aderenze che si devono resecare, si introduce attraverso la parete toracica, nel punto più adatto, un secondo trequarti di minori dimensioni attraverso il quale poi si fa passare l'ansa galvanocaustica innestata in uno speciale manico munito dei contatti necessarii per chiudere il circuito.

L'ansa viene così diretta verso l'aderenza che deve esser resecata, la cui precisa posizione ed impianto devono essere già stati antecedentemente fissati mediante ricerche radiologiche e toracoscopiche, e sotto la guida del toracoscopio stesso, resa incandescente l'ansa, si procede alla resezione della sinechia.

Non è qui il caso di soffermarsi più a lungo sulla operazione dello Jacobaeus, che da non tutti è considerata di grande utilità, dato il fatto che essa non serve contro le aderenze più importanti e più gravi, ma solo per quelle bendelliformi, o a tenda.

Non mancano per chi voglia approfondire tale argomento, come pure quello della semplice toracoscopia, numerosi trattati tra i quali, tanto per restare in Italia, citerò l'ottima monografia di Felice Cova.

Istituito il pneumotorace, ed ottenutine i primi buoni resultati, che talora sono veramente sorprendenti, sorge dopo un certo tempo, il problema di definire per quanto debba continuarsi la collassoterapia.

Dopo qualche mese di trattamento infatti si nota spesso un tale miglioramento dello stato generale e dei fatti locali da dare addirittura l'illusione della guarigione.

Non bisogna però lasciarsi vincere da tale soverchio ottimismo, perchè se si sospendesse la cura a questo punto, nella maggior parte dei casi si avrebbe una ripresa della malattia, con l'aggravante che una volta riespanso il polmone, e riaccollatesi fra loro le pleure può avvenire che non sia più possibile riprendere il pneumotorace improvvidamente sospeso.

Infatti l'alterazione della superficie dei due foglietti pleurici che la presenza del gas produce è tale che molto spesso questi aderiscono fra loro in modo che ogni nuovo tentativo per distaccarli riesce vano.

Per ottenere pertanto un risultato completo e duraturo occorre che la collassoterapia sia protratta per lungo tempo, per degli anni quando è possibile farlo, perchè purtroppo in non tutti i casi la durata del pneumotorace dipende dalla volontà dell'operatore.

Infatti alcune volte, dopo qualche mese di trattamento, per cause non sempre apprezzabili si cominciano a stabilire delle aderenze che vengono progressivamente ed inesorabilmente facendo rimpiccolire le dimensioni della bolla gassosa. I rifornimenti allora debbono per forza essere ridotti, il gas non entra più che in piccole quantità e dà subito alte pressioni manometriche e, malgrado ogni accorgimento tecnico, si finisce dopo un certo tempo col dover rinunziare a proseguire la cura.

Malgrado ogni accorgimento tecnico perchè i rimedii consigliati per ovviare al chiudersi prematuro di un pneumotorace non danno in genere grandi risultati.

Lo stesso oleotorace che in questi casi si è consigliato e provato tentando, con l'introduzione di sostanze oleose nel cavo pleurico, di impedire od almeno ritardare la saldatura dei due foglietti fra loro non ha dato risultati eccessivamente soddisfacenti, ed ha qualche

volta prodotto delle reazioni locali che hanno accelerata anzichè ritardata la chiusura dello pneumotorace.

Comunque uno dei mezzi che si consiglia per guadagnare tempo e cercare di protrarre la cura più che sia possibile è quello di non distanziare molto i rifornimenti fra di loro, e, sia pure introducendo piccole quantità di gas, ripeterli a brevi intervalli di tempo.

Allorchè invece la collassoterapia può esser continuata senza inconvenienti è pertanto opportuno farla durare più che sia possibile e sorvegliare attentamente lo stato delle lesioni, non solo con sistematiche osservazioni radiologiche, ma anche praticando frequenti esami obiettivi specialmente quando il polmone tende a riespandersi, al termine del periodo che corre tra un rifornimento e l'altro.

Sarà possibile allora cogliere all'ascoltazione i segni di una ancora non completa quiescenza del processo tubercolare e se ne trarrà argomento per continuare la cura. Il pneumotorace infatti deve essere una cura lunga ed è bene che il malato lo sappia prima di intraprenderla. Il termine generico di due anni che qualche autore ha voluto stabilire come periodo massimo è risultato dall'esperienza dei fatti insufficiente.

Non è raro il caso che il pneumotorace si debba protrarre per tre ed anche per quattro anni, sia pure distanziando notevolmente i rifornimenti fra loro.

I risultati finali in questi casi sono sempre più solidi e duraturi.

***

La pratica ormai divenuta mondiale della collassoterapia forlaninica ha ormai sfatato i timori di gravi pericoli o di dannose complicazioni che essa possa apportare.

Gli accidenti nel corso delle introduzioni di gas sono rarissimi. La temuta embolia dovuta alla penetrazione del gas in un vaso sanguigno è divenuta sempre più rara col perfezionarsi della tecnica e dello strumentario.

Occorre tener presente che tale accidente può accadere più facilmente quando esistano numerose aderenze pleuriche vascolarizzate in mezzo alle quali può venire a trovarsi la punta dell'ago: per salvaguardarsene occorre accertarsi bene di essere in pieno cavo pleurico prima di iniziare qualsiasi insufflazione.

La puntura del polmone è in genere innocua il che non significa però che non si debba cercare di evitarla, guardandosi dall'affondare l'ago più del necessario.

Si costruiscono ora a tale scopo degli aghi che portano una gradazione a centimetri, onde fissare e mantenere caso per caso la profondità che si deve raggiungere per penetrare nello spazio endopleurico.

Qualcuno di questi aghi è anche munito di un fermo scorrevole che si fissa a vite nel punto stabilito dall'esperienza in ogni singolo caso.

Gli altri accidenti, schoch pleurici, fatti convulsivi, sincopi sono pure assai rari e vanno messi in rapporto sopratutto con le condizioni del sistema nervoso del soggetto.

Un altro fenomeno che talora può prodursi durante le insufflazioni è l'enfisema, accidente privo in genere di gravità quando è sottocutaneo: qualche volta però l'enfisema dovuto al gas introdotto che sfugge dal cavo pleurico attraverso qualche soluzione di continuo, può invadere il mediastino e risalire in alto verso i tessuti periesofagei e peritracheali dando notevoli disturbi (senso di soffocazione, disfagia, ecc.), che possono anche assurgere ad una certa gravità.

Per ciò che concerne le complicazioni dello pneumotorace la più frequente è certamente la comparsa di un versamento pleurico.

Secondo molti AA. questa complicazione compare nell'80 % dei casi includendovi però anche i piccoli versamenti che si scoprono soltanto allo schermo nel fondo del seno costo-diaframmatico, e che si riassorbono in pochi giorni senza lasciar traccia.

Solo quindi i versamenti di una certa importanza debbono esser presi in considerazione, come complicazione, se non temibile, certamente molesta del pneumotorace terapeutico.

Se ne è discussa molto l'etiologia che secondo la maggior parte degli autori è essenzialmente bacillare.

Sta di fatto però che certe condizioni traumatiche e reumatiche valgono a renderla più frequente.

Le iperpressioni del gas durante le insufflazioni ne favoriscono certamente la comparsa: qualche A. ha dato anche importanza alla temperatura dei gas che si insufflano ed ha affermato di aver ottenuto una diminuzione di questa complicazione nella stagione invernale introducendo gas lèggermente riscaldato.

È anche vero che nei mesi invernali e primaverili la comparsa di queste pleuriti da pneumotorace sembra più frequente che non nell'estate, e che individui portatori di un pneumotorace che si espongono a cause reumatizzanti, specialmente al freddo umido, vi vanno più facilmente soggetti.

Comunque prodottasi la complicazione in questione, l'idropneumotorace che ne risulta tende a rimanere per lungo tempo siero fibrinoso, ma qualche volta dopo un certo tempo il liquido si intorbida e finisce per divenire purulento.

Nei primi tempi della produzione del versamento la temperatura presenta dei movimenti febbrili in genere piuttosto modici, sono rare le alte temperature e per solito non durano a

lungo, e lo stato generale del malato non ne soffre molto.

L'inconveniente più grave che presentano queste pleuriti in corso di pneumotorace è quello che esse tendono facilmente a produrre deposizioni fibrinose che si organizzano rapidamente e possono costituire delle aderenze pleuro-polmonari capaci di ostacolare l'ulteriore prosecuzione del pneumotorace.

Quando pertanto il versamento abbia raggiunto un certo grado, senza attendere che esso disturbi la funzione respiratoria, come consigliavano i vecchi autori, è utile evacuarlo senz'altro, sostituendolo con un volume di poco minore di azoto o di aria filtrata.

In tal modo ci metteremo al sicuro anche contro la possibilità di quei rapidi ed inopinati riassorbimenti del versamento che lasciano come postumo immediato delle vaste e premature sinechie pleuriche, e potremo continuare la cura del pneumotorace superando senza gravi danni questa così frequente complicazione.

Una ben più grave complicazione del pneumotorace è costituita invece dalla propagazione controlaterale del processo tubercolare.

Non è questo fortunatamente un fatto molto frequente a prodursi, specialmente allorchè i casi da trattarsi con la collassoterapia sono stati bene scelti, e la condotta della cura è stata abile e prudente, ma non è sempre facile prima di iniziare il pneumotorace di accertare la completa integrità del polmone del lato opposto, ed è tanto meno facile esser certi che lievi e trascurabili lesioni controlaterali non possano, sotto lo stimolo della aumentata funzionalità vicariante, riaccendersi ed assumere andamento evolutivo.

Quando ciò avvenga, mentre una volta si considerava fatalmente infausto il pronostico, e si abbandonava il malato alla sua sorte, oggi si può ancora tentare il *pneumotorace bilaterale simultaneo* preconizzato da Maurizio Ascoli e che nel recente congresso di Bologna ha trovato non pochi assertori.

Si intende però che questo estremo mezzo di difesa deve essere adoperato con la più oculata prudenza, e solo da chi per lunga pratica e diuturna esperienza sia in grado di apprezzarne le esatte indicazioni e di applicarlo con vigile discernimento.

Si intende poi che questo trattamento veramente di eccezione non deve esser mai tentato all'infuori degli istituti di cura ove non manchi ogni possibilità ed apprestamento per il buon andamento di esso e per il suo continuo controllo.

Dal pneumotorace bilaterale simultaneo proposto da Ascoli nel 1912, Ascoli stesso e la sua Scuola sono pervenuti oggi anche ad una altra forma di pneumotorace: il *pneumotorace controlaterale*.

Nei casi nei quali il pneumotorace omolaterale sia reso impossibile dall'esistenza di sinfisi pleuriche sarebbe dunque, secondo Ascoli, indicato tentare il pneumotorace controlaterale, purchè naturalmente da questo lato la pleura sia permeabile al gas ed il mediastino spostabile.

Tal metodo di cura agirebbe sul polmone ammalato per quell'accrescimento che la pressione endopleurica subirebbe da tal lato per la riduzione di volume cui la cavità pleurica andrebbe soggetta per lo spostarsi del mediastino verso la parte ammalata.

Ora le pressioni controlaterali prodotte da una insufflazione che sposti, sia pure notevolmente, il mediastino possono realmente esercitare un'azione comprimente e limitante la mobilità polmonare dell'altro lato in maniera da agire come un pneumotorace omolaterale?

La Scuola del prof. Ascoli lo afferma perchè ritiene che una semplice delimitazione della funzione respiratoria possa bastare a facilitare la guarigione delle lesioni tubercolari del polmone e conforta tale affermazione con una casuistica ancora troppo scarsa perchè se ne possano trarre risultati conclusivi.

Va notato per altro che lo stesso prof. Ascoli consiglia di associare il pneumotorace controlaterale anche l'operazione della frenicoexeresi dal lato ammalato, rendendosi conto che la compressione e la limitazione di movimento che si possono ottenere con il metodo da lui proposto sono sempre molto relative.

Come si vede l'idea fondamentale di Carlo Forlanini, da principio misconosciuta ed avversata, si è venuta in meno di mezzo secolo imponendo nel mondo, e fioriscono continuamente numerose le sue applicazioni.

Noi non sappiamo ancora quale sarà tutto il luminoso cammino che essa ancora dovrà percorrere perchè ogni giorno nuovi studi e nuove pratiche attuazioni riaffermano l'alto valore della collassoterapia nella cura della tubercolosi polmonare.

La toracoplastica, il taglio del frenico, il piombaggio, l'oleotorace, la alcoolizzazione delle radici dei nervi intercostali, le varie forme di applicazioni bilaterali o controlaterali del pneumotorace stesso che cosa sono infatti se non uno svolgimento ulteriore del pensiero del Maestro?

Fra due anni, durante il congresso nazionale contro la tubercolosi che si terrà in Roma, l'apoteosi di Carlo Forlanini sarà celebrata con entusiastico consenso internazionale.

Noi medici italiani, che fummo testimoni del Suo apostolato e della Sua fatica e che forse (*nemo profeta in patria*) non avemmo tutti subito l'intuizione della geniale grandezza della Sua idea ci raccoglieremo allora in rito espiatorio intorno all'ara votiva che si intitolerà al Suo nome.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVILE S. ANTONIO DI TRAPANI
Direttore: Prof. ANDREA LUPPINO.

Contributo allo studio delle risonanze broncofoniche tracheali nelle apiciti.

(Nuovo metodo di ascoltazione toracica) (1)

Dott. CARLO GUIDA, aiuto.

DEFICIENZE DEL METODO SEMIOLOGICO TORACICO DIRETTO E NUOVE VIE ASCOLTATORIE.

Lo sviluppo degli studi radiologici e necroscopici hanno ormai rivelato alcune deficienze della semiologia toracica diretta, dimostrandoci l'esistenza di *zone mute polmonari* cioè di affezioni non diagnosticabili coi comuni esami plessimetrici e stetoscopici.

Gli studi moderni di semiologia hanno accertato che per *la legge del volume minimo*, una lesione polmonare non potrà manifestarsi all'ascoltazione diretta, se non avrà una determinata estensione; *e per la legge della profondità massima* essa non potrà essere percepita se resterà assai lontano dall'orecchio dell'ascoltatore.

Ed inoltre un processo polmonare può non darci segni in corrispondenza della sua vera sede, e ciò per un fenomeno di trasmissione acustica.

Ad ovviare a tali deficienze ascoltatorie si è cercato di ricorrere a vari artifici e modalità tecniche.

La percussione ascoltata alla Bianchi A., la trasonanza plessimetrica di Mussy, la fonometria del Baas, sono tutti metodi diretti a scoprire lo stato fisico del parenchima polmonare dal cangiamento del suono plessimetrico.

Altri clinici con *l'ascoltazione orale semplice diretta* (Galvagni) *o con l'ascoltazione orale della percussione toracica* (Cardarelli), hanno pure tentato di raccogliere direttamente al cavo della bocca i suoni ed i rumori che si producono nell'albero respiratorio.

Però non bisogna esagerare la portata dei metodi proposti dai vari Autori; in verità essi servono a supplire alla deficiente sensibilità ascoltatoria, ma non a sostituirsi all'esame semiotico diretto.

Or se per le suddette deficienze ascoltatorie s'impone una revisione del metodo comune, essa non potrà essere diretta a svalorizzare la disciplina propedeutica stabilita ormai su solide basi scientifiche e sopra una annosa esperienza clinica.

Un nuovo metodo di semiologia toracica con ascoltazione tracheale è stato da alcuni anni da me preso in esame, con il solo scopo di controllare i risultati stetoscopici di incerta interpretazione diagnostica, nell'ascoltazione degli apici polmonari.

Esso è basato sulla raccolta fonendoscopica delle varie *risonanze bronchiali* che si producono col respiro e durante la fonazione, in condizioni normali e patologiche.

Cercherò pertanto di stabilire le norme semiologiche che ne regolano il loro meccanismo genetico.

ASCOLTAZIONE TRACHEALE. (*Tecnica ascoltatoria e percussoria*).

Studiando le *risonanze orali* del Cardarelli su ammalati affetti di infiltrazioni apicali, come pure il *suono tracheo-orale* del Frugoni colla percussione sterno-vertebrale nelle affezioni del mediastino superiore, ebbi il mezzo di accertare che applicando un fonendoscopio sulla trachea è possibile ascoltare tali risonanze percussorie senza alcuna differenza con quelle che vengono percepite al cavo della bocca.

Ed in vero il suono laringeo ascoltato alla trachea non subisce alcun cambiamento dall'apertura e chiusura della bocca, mentre all'*ascoltazione orale* può subire alterazioni nel tono e nel timbro per l'influenza dei vicini cavi faringeo, boccale e nasale ed anche dal grado di apertura della glottide. (Cardarelli-Frugoni).

Facendo chiudere la bocca ad un infermo, il *rantolo orale* continuerà ad essere percepito applicando lo stetoscopio sulla trachea, cogli stessi caratteri acustici come al cavo boccale. (Cicconardi).

Si potrebbe ripetere col Remouchamps che *ogni suono che si produce nel polmone, si ode a livello della trachea.*

Come sede di ascoltazione tracheale è stata scelta la fossa del giugulo, perchè essendo ivi la trachea superficiale e poco distante dai grossi bronchi, permette di raccogliere direttamente, senza alcuna dispersione fonica, i suoni prodotti nel polmone.

Ecco in che consiste la tecnica della *ascoltazione tracheale.*

L'ascoltatore innanzi tutto applica alla fossa del giugulo di un infermo la cassa di un comune fonendoscopio, senza esercitarvi mol-

(1) Comunicazione letta il 12 luglio 1931 al Corpo Medico della Città di Trapani nell'Ospedale Civile S. Antonio con applicazioni semiotiche pratiche.

ta forza, avendo cura di mantenerla ben aderente in sito, allo scopo di non falsare i risultati stetoscopici.

Fatta reclinare in avanti la testa del paziente e fissate alle orecchie le canule fonendoscopiche, procederà prima *all'ascoltazione tracheale anteriore* e poscia *all'ascoltazione posteriore* situandosi, in tal caso, indietro ed al centro delle spalle, per come rilevasi dalla figura riportata (fig. 1).

FIG. 1. — Ascoltazione tracheale fonendoscopica posteriore.

Il medico ascoltatore, dovendo distinguere l'immagine fonica del soffio laringo tracheale, quella della *voce parlata* e stabilirne le sedi della loro provenienza, dovrà prestare la massima attenzione.

Per quanto riguarda la *percussione ascoltata tracheale*, dovendo farne oggetto di una prossima comunicazione, mi limito a darne un breve cenno.

Percuotendo sulla parete toracica ed ascoltando alla trachea, nei soggetti sani, si *ritrae costantemente un suono plessico fisiologico, costituito da un suono timpanico sui due lati del torace, che va perdendo di intensità dall'alto in basso, sino ad oscurarsi nei limiti inferiori polmonari.*

Come tecnica percussoria io preferisco usare *la percussione digito digitale*, facendo mantenere dallo stesso infermo la cassa fonendoscopica, giustapposta alla fossa del giugulo.

Il suono plessico aumenterà di tonalità, sino a raggiungere il carattere metallico (iperfonesi), nei casi di diminuzione della superficie respirante, invece diminuirà (ipofonesi) allorquando al parenchima polmonare si aggiungeranno medi di natura diversa dai preesistenti, come nella pleurite, nei tumori, ecc.

Nei *processi polmonari unilaterali* percuotendo comparativamente sui due lati del torace, apparirà evidente il contrasto tra il suono ricavato in corrispondenza della lesione e quello fisiologico percuotendo il lato opposto.

Orbene tale contrasto ci renderà possibile la valutazione dei cangiamenti plessimetrici.

RISONANZE BRONCOFONICHE FISIOLOGICHE TRACHEALI - CARATTERE E SEDE.

Il fenomeno della *risonanza fisiologica della voce* dentro il petto (laringofonia) fu anche studiato da Laennec.

Egli ebbe a constatare che, mentre la risonanza della voce nel tessuto polmonare sano è pochissimo percepibile nelle sue varie sedi, sulla laringe e sulla porzione cervicale della trachea invece *la voce risuona fortemente.*

Orbene il metodo di *ascoltazione tracheale*, oltre a tale risonanza broncofonica della voce, ne distingue un'altra, cioè quella del respiro laringotracheale.

Chiamo *risonanza broncofonica fisiologica tracheale il rinforzo fonico che in tutti i soggetti sani, in corrispondenza dei grossi bronchi, acquistano il soffio bronchiale e la voce parlata, per un fenomeno di risonanza endopolmonare.*

Scopo dell'ascoltazione fonendoscopica tracheale è appunto di percepire l'immagine fonica fisiologica delle suddette risonanze, oppure le loro deviazioni morbose.

Per distinguerle ho chiamato *broncofonia laringotracheale* la risonanza del soffio bronchiale e *broncoloquifonia*, ossia *voce parlante dentro i bronchi*, la risonanza prodotta dalla voce.

È bene pertanto stabilire il carattere e la sede delle suddette broncofonie.

L'ascoltatore invitando un paziente a respirare profondamente, a condizione che sia sano, percepirà *un soffio laringotracheale* costituito da un rumore canulato più breve e più alto nell'inspirazione, più lungo e più basso nell'atto espiratorio.

Ascoltando anteriormente lo percepirà *in corrispondenza della regione retrosternale, invece ponendosi ad ascoltare alle spalle del paziente vedrà proiettare l'immagine fonica del soffio verso la IV^{a} vertebra dorsale, per dirigersi alla biforcazione dei grossi bronchi.*

Se allo stesso paziente farà pronunziare 1-2-3, mettendosi ad ascoltare nel modo su descritto, rileverà una broncofonia prodotta dalla risonanza della voce dentro i bronchi: *broncoloquifonia.* La voce così ascoltata ac-

quista uno speciale timbro nasale, come quello che si ottiene pronunziando una parola con le narici socchiuse.

Il centro di proiezione fonica fisiologica della risonanza della voce presenterà i seguenti limiti: *In avanti in corrispondenza del manubrio dello sterno, posteriormente sulle prime vertebre dorsali* (figg. 2 e 3).

FIG. 2. — Centro di *risonanza fisiologica anteriore* del soffio laringotracheale e della voce (segnato con X: Ascoltazione tracheale anteriore).

FIG. 3. — *Centro di risonanza fisiologica posteriore* del soffio laringotracheale e della voce (segnato con X: Ascoltazione tracheale posteriore). (Dalla *Semiologia* del CICCONARDI).

Legge fondamentale del metodo è che il *centro di proiezione fonica di tali risonanze non potrà mutare sede in tutti i soggetti sani.*

RISONANZE BRONCOFONICHE AUTOCTONE E LORO GENESI ACUSTICA.

Talvolta all'ascoltazione fonendoscopica tracheale invece di percepire le broncofonie nei suddescritti centri di risonanza fisiologica, *le loro immagini foniche saranno ascoltate a distanza, e cioè sulla sede della lesione polmonare.*

Pertanto ho chiamato tali risonanze broncofoniche *autoctone, perchè si vedono sorgere sullo stesso luogo della lesione.*

Da Laennec venivano dette *broncofonie accidentali.*

Si è detto che in condizioni normali, tanto il soffio laringo tracheale, che la *voce parlata, non possono trasmettersi attraverso il parenchima polmonare a distanza dai loro centri di risonanza fisiologica, e ciò per dispersione fonica.*

Orbene, se per condizioni morbose verrà a mutarsi lo stato fisico polmonare, (*diminuita elasticità, condensamento parenchimale*), le risonanze bronchiali presenteranno una deviazione dal loro tipo fisiologico.

FIG. 4. — Immagine fonica di una *risonanza autoctona apicale* (punteggiata in nero).

Ed invero ricacciata l'aria dagli alveoli polmonari, i canali bronchiali restano come tanti portavoci immessi nel parenchima condensato del polmone, per cui il soffio laringeo e la *voce parlata* si trasmettono *per risonanza* nei bronchi.

Formandosi un certo numero di *sovratoni* il soffio laringotracheale e la *broncoloquifonia* acquisteranno *un particolare timbro, diverso da quello del suono tracheo-bronchiale* (A. Biondi).

Per tali nuove condizioni di *risonanza parenchimale* le loro immagini foniche appariranno soltanto *sulla sede della lesione polmonare, scomparendo dai centri di risonanza fisiologica* (fig. 4).

Le broncofonie *autoctone*, così deviate a distanza, ci rivelano la esistenza di un addensamento polmonare, nel senso che *in una data sezione del polmone l'aria degli alveoli è stata ricacciata in tutto o in parte per solidificazione, oppure per compressione del parenchima.*

CONDIZIONI MORBOSE CHE GENERANO LE RISONANZE AUTOCTONE.

L'ascoltatore procedendo ad un esame fonendoscopico tracheale *dovrà sempre rivolgere la sua attenzione sui centri di risonanza fisiologica*, e ciò allo scopo di potere percepire l'immagine fonica tanto del soffio laringotracheale, che della *broncoloquifonia.*

Così facendo egli sarà in grado di valutare le aberrazioni delle risonanze broncofoniche, allorquando esse, col carattere *autoctono*, appariranno in altre sedi del torace.

La risonanza laringotracheale, come pure quella prodotta dalla voce si manifesteranno in corrispondenza della lesione polmonare in tutti i casi di addensamento per *infiltrazioni acute, croniche e tubercolocaseose*; negli addensamenti per atrofia polmonare: *cirrosi, atelettasia*; così pure nelle compressioni parenchimali di vario grado per produzioni liquide: *idrotorace, pleurite essudativa*; o per produzioni solide: *tumori, ammassi tubercolari della pleura*, ecc.

Le risonanze broncofoniche acquisteranno diversa intensità a secondo la natura ed il grado di solidificazione polmonare. *Esse saranno tanto più forti, quanto più esteso ed omogeneo si presenterà l'addensamento parenchimale e quanto più vicino sarà ai grossi dotti aerei.*

Nei *processi polmonari bilaterali* le risonanze *autoctone* del soffio bronchiale e della *broncoloquifonia*, apparendo sopra un sol lato del torace, hanno poco valore diagnostico, in quantochè esse *rivelano l'esistenza di una sola lesione polmonare.*

E ciò perchè le risonanze broncofoniche *autoctone* appaiono su quella sede dove più intenso, più diffuso è l'addensamento parenchimale, avverandosi ivi le condizioni per una più forte risonanza.

METODICA RICERCA DELLE RISONANZE AUTOCTONE NEI PROCESSI APICALI.

Stabilito il meccanismo genetico delle broncofonie, è bene fermarci sulla applicazione semeiotica del metodo nella esplorazione di una apice polmonare.

Tutti sappiamo quanto riesca difficile all'ascoltazione toracica diretta potere apprezzare i più lievi cambiamenti del respiro apicale.

Basti rammentare, in base agli studi del Parodi a conferma di quelli del Remond e di Francois, che l'intensità del suono vescicolare può talvolta indebolirsi, indipendentemente dalla esistenza di una lesione apicale, per una semplice diminuizione dei movimenti inspiratori del diaframma.

Casapanni e Bergolli cercarono di vincere tali difficoltà nell'apprezzamento dei lievi mutamenti del respiro apicale col proporre l'ascoltazione di un apicitico dopo un lungo decubito dorsale, inquantochè nel passaggio dalla posizione orizzontale a quella seduta, negli apici viene a manifestarsi una *asimmetria temporanea del mormorio respiratorio.*

Orbene il metodo fonendoscopico tracheale ci mette spesso in grado di superare tali difficoltà ascoltatorie nelle *apiciti unilaterali.*

In base alle leggi su esposte che regolano la genesi delle *risonanze broncofoniche*, qualsiasi affezione polmonare, acuta o cronica, che riduce la superficie respirante, capace di mutare l'*elasticità e la densità fisiologica* di un'apice, nel costituire un centro nuovo di *risonanza parenchimale*, farà apparire in corrispondenza dell'apice affetto il soffio laringo-tracheale e la *broncoloquifonia.*

L'esame fonendoscopico per l'esplorazione apicale va sempre eseguito dopo quello *semiotico diretto*. Si procede prima alla ascoltazione del soffio laringotracheale e poi della *voce parlata.*

L'infermo viene invitato a respirare con profondità e si ascolta alle regioni anteriori del torace e poscia alle spalle per stabilire *se l'immagine fonica del soffio laringotracheale appare al suo centro di risonanza fisiologica, oppure proiettata in corrispondenza dell'apice di destra o di sinistra.*

Stabilita l'esistenza del soffio laringotracheale sopra un dato apice polmonare, si passa all'accertamento della *broncoloquifonia*: pertanto il paziente viene invitato a pronunziare 1, 2, 3, oppure a rispondere a qualche domanda riflettente la di-lui malattia.

Esistendo un addensamento in un'apice polmonare *la immagine fonica della voce parlata si affaccerà sulla stessa sede apicale dove è stata di già accertata la risonanza del soffio laringo-tracheale.*

Per potere stabilire se l'addensamento apicale sia dato da un processo polmonare soltanto a carico del parenchima, oppure da una affezione pleurica, sarà necessario ricorrere alla *percussione toracica ascoltata alla trachea.*

Si percuote comparativamente, prima sulle regioni *clavicolari* e *sottoclavicolari* e poscia sulle fosse *sopraspinose.*

Se esiste un'affezione apicale esclusivamente a carico del polmone si affaccerà un elevato timpanismo, che farà netto contrasto col suono plessico fisiologico ricavato percuotendo sul lato opposto corrispondente.

Se trattasi invece di un processo pleurico, essendo sorti in tal caso *medi* di natura di-

versa dai preesistenti che disperdono l'onda sonora, verrà percepito *uno smorzamento plessico.*

Le risonanze autoctone apicali saranno tanto più forti, quanto più esteso ed omogeneo sarà l'addensamento polmonare.

Pregi e difetti dell'ascoltazione tracheale.

Se l'*ascoltazione orale* dopo il Galvagni ebbe in Italia autorevoli sostenitori e fra i più recenti il Frugoni, Siciliani, Gerini, ecc. nella pratica non potè ottenere che poca importanza semiologica.

Ed invero il *rantolo orale*, essendo quasi sempre espressione di processi tubercolari in stato inoltrato, non può avere in clinica che poco valore diagnostico; così pure le manifestazioni *oronasali*, che sogliono esplicarsi con *respirazione intercisa*, sinora non hanno ottenuto una esatta interpretazione patogenetica.

Inoltre con tale sistema ascoltatorio non riesce possibile di stabilire con esattezza il lato e la sede da dove vengono prodotti tanto il *rantolo* che le suddette *estrinsecazioni oronasali respiratorie.*

Col metodo tracheale da me studiato si può *determinare con esattezza la sede del torace da dove provengono le risonanze broncofoniche.*

Il metodo è pregevole per la semplicità della sua applicazione: infatti ogni medico, conoscendo appena i *centri di risonanza fisiologica delle suddescritte broncofonie, potrà valutare le risonanze autoctone in tutti i casi di addensamento parenchimale.*

Varie possono essere le applicazioni pratiche del nuovo sistema ascoltatorio: esso può riuscire assai utile per lo *accertamento di un focolaio di polmonite centrale*, così pure nella *diagnosi differenziale tra una vera e falsa emottisi*, non sempre facile a farsi allorquando l'emorragia è in atto.

Esistendo un processo ulcerativo polmonare le risonanze del soffio laringotracheale e della *voce parlata* si manifesteranno sulla sede dove esso è indovato.

Potrà altresì riuscire utile nell'accertamento *delle pleuriti localizzate nei cul di sacco pleurici.*

Se notevoli sono i pregi del metodo, di non lieve entità ne sono i difetti.

In vero l'*ascoltazione dei rantoli riesce meglio se fatta direttamente sulla parete toracica, mentre essi con l'ascoltazione fonendoscopica tracheale vengono oscurati, quasi sempre coperti dal soffio laringotracheale.*

Un'altra deficienza del metodo, ed a me sembra la più notevole, è che *le risonanze broncofoniche tracheali possono ascoltarsi da un solo lato del torace, anche quando il processo polmonare sia bilaterale.*

Però se coi comuni mezzi semiotici sarà accertata l'esistenza di un processo polmonare bilaterale, si potrà dedurre che sulla *sede dove saranno percepite le risonanze autoctone all'ascoltazione tracheale, dovrà sempre corrispondere un maggior addensamento polmonare rispetto all'altro lato affetto.*

Per concludere è bene dire che le osservazioni da me raccolte sulla nuova semiologia tracheale, sono state tratte dallo studio di numerosi infermi ricoverati nell'Ospedale S. Antonio di Trapani, come pure dall'esame di molti ammalati di apicite del Dispensario antitubercolare « Rosa Serraino Vulpitta » e che tutti sono stati sottoposti al controllo radioscopico e radiografico.

Torno a ripetere che *il nuovo sistema ascoltatorio tracheale da me proposto potrà essere usato soltanto come uno dei tanti mezzi di esplorazione degli apici polmonari, pel rilievo delle risonanze broncofoniche autoctone nei processi di addensamento apicale e sempre come controllo all'esame semiotico diretto.*

Pertanto mi auguro che tale nuovo metodo ascoltatorio venga controllato e discusso.

* * *

Ringrazio il dott. Salvatore Scarcella, direttore del nostro Gabinetto radiologico, ed il dott. Francesco Angileri, direttore del Dispensario « Rosa Serraino Vulpitta », per l'aiuto datomi nella interpretazione degli esami radioscopici e radiografici eseguiti sugli ammalati da me studiati col nuovo metodo di ascoltazione tracheale.

RIASSUNTO.

L'Autore propone un nuovo metodo di ascoltazione toracica per via tracheale e studia i centri di ascoltazione fisiologica delle risonanze tanto del soffio laringotracheale che della voce parlata.

Nel caso di riduzione della superficie respirante di una data sezione polmonare tali risonanze non saranno più percepite sui centri di ascoltazione fisiologica, ma invece col carattere *autoctono* le loro immagini foniche si affacceranno in corrispondenza della sede della lesione polmonare.

Tali risonanze broncofoniche autoctone rivelano l'esistenza di un addensamento parenchimale per compressione o solidificazione.

L'Autore propone l'applicazione del nuovo metodo ascoltatorio tracheale nello studio dei processi apicali e dice che esso dovrà essere usato come uno dei tanti mezzi di esplora-

zione degli apici polmonari e sempre come controllo all'esame semiotico toracico diretto.

BIBLIOGRAFIA.

CARDARELLI. *Sulle risonanze di percussione degli organi del respiro ascoltate al cavo orale*. Napoli. Pasquale.
GALVAGNI. *Ascoltazione della bocca*. Gazzetta degli Ospedali e Cl. 1899.
REMOUCHAMPS. Sém. méd., 1903.
FRUGONI. Riv. Crit. Clinica Medica, 1914.
FRUGONI e TOGNINI. Policlinico, Sez. med., 1916.
ANCONA. Ist. pat. medica di Firenze. Policlinico, 1921, a. XXVIII.
LAENNEC. *Trattato dell'ascoltazione mediata*, tomo I.
BIONDI. *Clinica medica prependeutica*. Vallardi.
GIOCCONARDI. *Semiologia medica*. Soc. Ed. libraria, 1924.
LEREBOULLET e LEPETIT. Riv. annuale mal. delle vie respiratorie, 1923, Paris Médical.
PARODI. *Valore fisico e diagnostico dei segni di ascoltazione del torace, ecc. Nuovo metodo di ascoltazione* (II Congresso antituberc. Milano, 1927).
DE BONIS. *Diagnosi precoce della tub. polmonare*. Rassegna clin. scentif., 1927.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALI CIVILI DI GENOVA (S. MARTINO).

Stenosi di posizione per dislocamento in alto del segmento piloro-duodenale susseguente a frenicectomia destra.

Prof. LUIGI DURANTE,
primario chir. e doc. nella R. Università

La prima porzione del duodeno corrisponde, dal punto di vista topografico, alla metà inferiore del corpo della prima vertebra lombare nell'ispezione cadaverica, al corpo della seconda o al disco fra seconda e terza nella esplorazione radiologica eretta, e ad una posizione intermedia alle due nella esplorazione operatoria o nella radiologica prona.

Queste differenze topografiche della prima porzione del duodeno si verificano, in virtù della sua normale mobilità di contro alla relativa fissità delle altre porzioni.

Le varianti costituzionali dei vari tipi morfologici non arrivano a portare modificazioni topografiche oltre questi limiti se non in condizioni patologiche congenite od acquisite.

E fra le numerose condizioni patologiche acquisite le quali determinano, colle varie dislocazioni della prima porzione del duodeno e conseguentemente del piloro, le così dette stenosi di posizione, illustrate in Italia da Donati, non figura ancora quella che io illustro deducendola dalla incidenza di un caso nel quale alla frenicectomia destra è susseguita una dislocazione in alto del segmento duodeno-pilorico che ha determinato una stenosi di posizione così intensa da richiedere una gastroenterostomia.

Il soggetto della illustrazione è una giovane di 21 anni, M. Giuseppina, N. di R. 6418, che entra nel mio padiglione il 27-XI-1930.

Da due anni presenta i segni clinici e radiologici di una tubercolosi polmonare bilaterale, con fatti distruttivi apicali più accentuati a destra.

Nell'agosto 1930 le venne praticata la frenico exeresi destra, con esito clinico buono in rapporto alle condizioni polmonari, ma con l'insorgenza dopo una settimana circa dall'atto operativo di turbe gastriche che si andarono sempre intensificando.

Da un mese presenta frequentemente vomito alimentare, 1-2 ore dopo i pasti, lievi bruciori, senso di peso all'epigastrio ed è molestata dal rumore guazzo coi mutamenti di posizione.

Le feci non hanno mai avuto caratteri particolari.

E. O.: È un soggetto esile, longilineo, denutrito, con oligoemia intensa. Non ha movimentazione termica oltre i 37°.

L'esame clinico e radiologico del torace mettono in evidenza dei piccoli e numerosi focolai broncopolmonari tubercolari, disseminati a tutto l'ambito toracico, più confluenti agli apici dove si ri-

scontrano pure dei fatti cavitari, e degli ispessimenti pleurici interlobari e mediastinici.

La trachea è leggermente latero deviata a destra: il diaframma presenta movimento paradosso dell'emisegmento ed è fortemente spostato in alto dove arriva anteriormente alla terza costa sull'emiclaveare

Non esiste movimento pendolare del mediastino.

Addome: È trattabile in tutti i quadranti. Il limite inferiore dello stomaco si trova a tre dita al di sotto della ombelicale trasversa; con l'ingestione di 2 bicchieri di acqua esso si abbassa ancora di un dito. La sonda gastrica raccoglie a digiuno 600 cc. di materiale in parte ingerito 30 ore prima. La ricerca del sangue nel materiale di sondaggio è negativo. Esiste HCL libero.

Il fegato non deborda dall'arcata costale il suo limite superiore sull'emiclaveare è al margine superiore della quarta costa.

I reni non si palpano. La sfera genitale è muta.

Nessun rilievo a carico del sistema nervoso centrale o periferico.

L'esplorazione radiologica dell'apparato digerente, eseguita il 2-XII-1930 ed il 17-XII-1930 nella sezione del prof. V. Maragliano, dal prof. Vallebona, dimostra quanto segue:

Stomaco ectasico, ptosico, atonico a forma di uncino allungato. Il margine inferiore della grande curvatura arriva nella posizione eretta a cinque dita trasverse sotto la linea bicrestoiliaca, e nella prona a tre dita trasverso sotto la stessa linea. Il piloro nella posizione eretta si trova fra la seconda e terza vertebra lombare, nella prona fra prima e seconda.

Il bulbo duodenale è di forma triangolare, normale nei contorni, leggermente aumentato di volume. Il suo ginocchio superiore si trova all'altezza della prima vertebra lombare nella posizione eretta e fra la XII^a D. e la 1^a L. nella prona.

Il deflusso pilorico in posizione di decubito è in primo tempo abbondante; scarso nella posizione eretta. Lo svuotamento totale dello stomaco invece è notevolmente ritardato.

Dopo cinque ore dall'ingestione del pasto opaco una metà si trova ancora nello stomaco.

Intervento (18-XII-1930). Cloronarcosi. Laparatomia mediana xifo-ombelicale.

Lo stomaco è ectasico e ptosico. Il piloro ed il bulbo duodenale sono stirati in alto verso l'inserzione della 12ª costa di destra. Il punto più elevato è rappresentato dal ginocchio superiore del duodeno sul quale il bulbo ed il piloro si inflettono fortemente.

L'esplorazione accurata non fa rilevare nulla di anomalo nell'aspetto, nella vascolarizzazione della sierosa, o nella consistenza dello stomaco, del piloro, e del duodeno sopra e sottomesocolico.

Non esistono aderenze interviscerali. Non riscontro alcun vestigio di quelle membrane stenosanti descritte da Morris, da Harris e da Cole tese dalla superficie inferiore del fegato al duodeno ed interpretate come residui congeniti del mesogastro anteriore.

Pratico una gastroenterostomia posteriore, verticale e la chiusura a strati delle pareti. Il decorso post-operatorio fu regolare con subitanea scomparsa della fenomenologia clinica di stenosi e rapida miglioria nelle condizioni generali.

Al controllo radiologico del 5-1-1931 risultava: gastroentero-anastomosi ben funzionante. Il mezzo di contrasto passa quasi esclusivamente dalla bocca anastomotica.

Lo svuotamento totale dello stomaco è rapido e si completa dopo due ore. In posizione eretta la grande curvatura si trova ad un dito trasverso sotto la linea bicrestoiliaca ed in posizione prona ascende di due dita trasverse al disopra.

Rilievi e commenti.

La grande mole bibliografica che si è andata radunando in questi ultimi anni sulla frenico exeresi consente di prospettare vantaggi e danni di questa neurotomia simpatico-motoria nei seguenti termini:

1) I vantaggi, pur non incidendo con costanza, sembrano essere realmente molti, ma indipendentemente dal grado maggiore o minore dell'ascensione paralitica del diaframma, vale a dire indipendenti dall'azione di blocco sulla espansione polmonare.

La letteratura più recente ha spostato infatti l'interpretazione causale dei vantaggi della frenico exeresi dell'ambito fisico della collasso-terapia a quello biologico in dipendenza delle modificazioni circolatorie che induce nel parenchima polmonare la sezione del simpatico contenuto nel frenico dove esso occupa un terzo della superficie di sezione.

2) Ai danni sul trofismo del diaframma, sulla emodinamica, sulla dinamica respiratoria, sulla topografia delle masse splancniche, si stanno aggiungendo quelli diretti o indiretti sullo apparato digerente che già Ernst nel 1920 mise in evidenza con turbe dell'esofago e del cardias che susseguirebbero alla frenicectomia sinistra nel 49 % dei casi.

3) *Il caso da me illustrato prospetta, per la prima volta in letteratura, la possibilità di un vizio di posizione del segmento duodeno-pilorico susseguente a frenicectomia destra causato dalla forte ascesa del diaframma, a cui seguì quella del fegato con conseguente trazione sul legamento epatoduodenale.*

E poichè la trazione in alto del legamento epatoduodenale porta ad una angolazione più spiccata con ascesa del ginocchio superiore del duodeno e quindi del piloro, così si sono stabilite le condizioni di una forte stenosi di posizione che richiese una gastroenterostomìa di derivazione.

RIASSUNTO.

Ai casi descritti da Ernst di turbe gastriche ed esofagee susseguenti a frenicectomia sinistra l'A. descrive, per la prima volta in letteratura un caso di vizio di posizione del segmento piloro-duodenale susseguito alla frenicectomia di destra, che richiese una gastroenteroanastomosi.

BIBLIOGRAFIA.

DONATI M. *Stenosi da posizione del duodeno.* Atti Soc. Med. Chir. di Padova, marzo 1923; *Studi radiologici e chirurgici sul duodeno.* Atti del VI Congresso.

COLE. The American Journal of Roentgenelogy, 1922, vol. IX.

ERNEST M. Zentralblatt f. Chir., 1929, n. 43, pagina 2731.

HARRIS e MORRIS, in CASTELLANI F. *Il duodeno.* L. Cappelli, edit. Bologna, 1930, p. 66.

L'ATTUALITÀ SCIENTIFICA

Le forme filtrabili dei batteri visibili e l'ultravirus tubercolare.

La microbiologia è entrata in una fase ricca di sorprese e feconda di resultati. Difatti le scoperte del *batteriofago*, delle *dissociazioni batteriche* e degli *ultravirus* modificano profondamente le nostre idee sulla natura e sulla costituzione dei microbi, quali ci eravamo abituati a conoscerli, e ci dimostrano la complessità di questi esseri.

La sistematica batteriologica, basata sulla fissità della specie, aveva indotto il nostro spirito a non concepire i microbi che sotto l'aspetto di esseri semplicissimi, visibili al microscopio, coltivabili sui mezzi artificiali, inoculabili agli animali.

Alla luce delle nuove scoperte, siamo costretti invece ad ammettere che i microbi visibili, in certe condizioni, possono trasformarsi in elementi così esigui, da rendersi invisibili ai più forti ingrandimenti e da poter attraversare le candele da filtro anche le meno porose. Questi elementi primordiali, o protobatteri, a poco a poco, per un processo ancora sconosciuto, sarebbero in grado di ricostituire il batterio di dimensioni normali.

Nello stadio infravisibile molte proprietà del batterio (resistenza, potere antigene, virulenza) risultano modificate.

Il problema dell'infinitamente piccolo in microbiologia oggi si impone, come si è imposto ai fisici per spiegare l'intima costituzione della materia. Problema straordinariamente complesso, che non interessa soltanto i batteriologi e i biologi, ma anche i medici, dacchè allo studio degli ultravirus si collegano molti problemi e molti fatti che non solo in microbiologia, ma anche nella epidemiologia e nella patogenesi delle malattie infettive, sono ancora delle incognite.

Le opinioni degli autori sulle forme filtranti dei microbi visibili, sono quanto mai discordi: alcuni ammetterebbero nettamente l'esistenza di tali forme; altri non registrerebbero che insuccessi nelle loro ricerche al riguardo. Ciò non meraviglia.

Ogni dottrina nuova, come scrive W. James, attraversa sempre tre stadî. Dapprima la si attacca, dichiarandola assurda; poi si ammette che è vera, ma insignificante; da ultimo se ne riconosce la reale importanza. Gli antichi avversari reclamano spesso, allora, l'onore di averla scoperta, solo per averla combattuta. Questa fase finale si manifesta dopo che la congerie delle osservazioni e dei fatti, porta prove sempre maggiori in favore della dottrina.

A molti anni di distanza si ripete, ai nostri giorni, quanto accadde per la scoperta del bacillo carbonchioso, fatta da Davaine e Rayer. Il mondo scientifico era allora imbevuto e dominato dalle teorie del Liebig e il meccanismo della trasmissibilità delle malattie infettive era spiegato ammettendo che il virus non fosse altro che una particella di materia organica in decomposizione, animata da movimento vibratorio rapidissimo. Venuta a contatto con la materia vivente, avrebbe comunicato alla stessa la propria forza vibratoria, disorganizzandola e trasformandola in *materia peccans.*

La possibilità di un *quid vivum* era negata e contestata; sicchè la scoperta di Davaine e Rayer rimase lettera morta per molto tempo, e potè trionfare solo quando Pasteur eseguì le classiche e decisive esperienze che troncarono ogni ulteriore dibattito.

Nello studio delle forme filtranti dei batteri visibili, un contributo di straordinaria importanza è stato portato, del tutto recentemente, da G. Sanarelli e A. Alessandrini, i quali, in una serie di studi originali (*C. R. de la Soc. de Biologie* 1930, t. 104, p. 1241; 1931, t. 106, p. 426, t. 107, p. 443, e *Annali d'Igiene* 1930, pag. 589; 1931 pag. 73, 305 e 377) si sono occupati, con ricerche nuove, della dibattuta questione della ultra-filtrabilità del virus tubercolare. Queste ricerche hanno già richiamato l'attenzione degli studiosi, ed anche negli ultimi congressi di biologia e di medicina tenutisi in Italia e all'estero sono state oggetto di animate discussioni.

Per contribuire a risolvere tale *vexata quaestio*, gli AA. accennati, anzichè far uso delle candele filtranti, hanno utilizzato i sacchetti di collodio, immaginati e introdotti molti anni or sono per la prima volta in microbiologia dal Sanarelli.

Questi sacchetti hanno pareti così fitte, da costituire dei veri ultrafiltri. Essi sono inattraversabili dai colloidi costituenti le tossine microbiche più attive (tetanica e difterica), le diastasi, gli anticorpi in genere; invece possono essere attraversati *in vivo* e *in vitro* dagli elementi filtrabili del *virus* tubercolare!

Le esperienze eseguite da Sanarelli sono così suggestive e di una tale evidenza, che possono definirsi quasi *cruciali.*

Gli AA. hanno introdotto nel peritoneo delle cavie dei sacchetti di collodio riempiti a metà con una emulsione di bacilli tubercolari in liquido di Sauton. Negli animali venuti a morte dopo un lasso di tempo vario, hanno

ritrovato il sacchetto perfettamente integro e ripieno di liquido ed hanno constatato che un *quid* aveva attraversato le pareti dei sacchetti, uccidendo le cavie dopo aver causato alterazioni caratteristiche, di natura puramente flogistica, interessanti sopratutto le sierose e l'apparato linfatico.

Si tratta dell'ultravirus, il quale è incapace di formare il granuloma iniziale tubercolare.

Eseguendo dei passaggi in serie, però, i tubercoli e le alterazioni caratteristiche della tubercolosi possono già cominciare a manifestarsi nell'organismo animale a partire dal 2° passaggio; il quadro della tubercolosi classica si dichiara, in tutta la sua imponenza, al 3° passaggio e nei successivi.

Continuando nelle loro ricerche, Sanarelli e Alessandrini sono riusciti a stabilire che l'ultravirus, oltre che *in vivo*, è capace di attraversare le pareti degli ultrafiltri anche *in vitro* e *spontaneamente*.

A tale scopo hanno immerso in un certo numero di tubi da cultura, ripieni di liquido di Sauton, sacchi di collodio contenenti i bacilli tubercolari, e dopo una prolungata permanenza dei tubi nella stufa a 37°6, hanno iniettato il liquido di Sauton, rimasto di una limpidezza perfetta, nel peritoneo delle cavie. Queste sono morte presentando il tipico quadro della tubercolosi da ultravirus di 1° passaggio.

Infine, mediante una particolare disposizione data ai sacchetti di collodio, gli AA. non solo sono riusciti ad osservare lo sviluppo dell'ultravirus e la formazione degli elementi primordiali da esso germogliati, ma anche ad ottenere da questi elementi primordiali colture trasportabili in serie, che presentano tutte le caratteristiche delle colture tipiche del bacillo tubercolare.

Queste ricerche, dai brillanti risultati, sono destinate ad assumere grande importanza nelle nuove direttive che sono andate profilandosi durante gli ultimi anni nello studio delle forme infravisibili dei batteri.

L'esistenza, nel ciclo vitale dei batteri, di stadî atti ad attraversare non soltanto i filtri, ma anche le membrane semipermeabili od ultrafiltri — e quindi dell'ordine di grandezza delle molecole di sostanze proteiche — avvalora una vecchia ipotesi di Werner von Siemens, il quale prospettava la possibilità di esseri viventi dalle dimensioni ultramicroscopiche: sono gli « ultra-ultra-virus ».

A. POZZI.

SUNTI E RASSEGNE.

Costituzione e tubercolosi.

(K. KLARE. *Münch. Med. Woch.*, 1931, n. 42).

I problemi legati allo studio delle costituzioni hanno la massima importanza dal punto di vista della reazione che il singolo individuo presenta di fronte a un dato agente morboso e del decorso che la malattia in tale individuo assume.

Una variabilità eccentuata nella forma e nel decorso della malattia si riscontra nella tubercolosi.

Basta infatti pensare che mentre il 97 : 100 degli uomini s'infetta col bacillo tubercolare, solo una piccola parte si ammala, ed una ancor più piccola ne muore.

Per la tubercolosi, tuttavia, ha poca importanza il gruppo delle anomalie costituzionali dipendenti da una disfunzione delle ghiandole a secrezione interna, mentre invece importanza assai più notevole è da ammettersi all'iper- e ipofunzione dei tessuti, vale a dire, all'aumentata o diminuita capacità reattiva di questi.

L'iperfunzione dà il quadro descritto da Czerny della « diatesi essudativa », che meglio andrebbe denominato: « diatesi essudativo-linfatica » o « costituzione eccitabile », la quale si manifesta in special modo nell'età infantile, con sintomatologie svariate.

Di tale gruppo sono state fatte due varietà: « tipo pastoso » e « tipo eretico «, riconoscibili per speciali caratteri cutanei, dei capelli e degli occhi.

La diagnosi di questo tipo costituzionale si fonda poi sui dati anamnestici, sui segni fisici esteriori, sull'ispezione del cavo faringeo, e sul saggio della reazione cutanea (dermografismo); mentre patogeneticamente si dovrebbe pensare ad alterazioni morbose di vario genere, specie del vaso, del ricambio dei grassi, e di quello dell'acqua e salino.

Tale ipersensibilità costituzionale si estrinseca come anomalia in occasione di uno stimolo, che potrà essere di natura esogena o endogena (specie il nutrimento e l'accrescimento).

Nella diatesi essudativo-linfatica la risposta allo stimolo è data con la formazione abbondante di anticorpi (sopratutto nella tubercolosi), e il sangue di tali soggetti è ricco di fermenti lipolitici.

In contrasto con la costituzione eccitabile è poi l'« Astenia », nella quale si ha una ipofunzione dei tessuti, con manifestazioni somatiche (abito astenico) e funzionali. L'essenza di tale tipo costituzionale sarebbe data dall'ipoplasia della muscolatura e dei tessuti di sostegno, mentre nel sangue difettono gli anticorpi e i fermenti lipolitici.

Nei bambini, però, l'astenia ha minima im-

portanza, costituendosi solo dopo il 10' anno, per cui, nell'età infantile si potrà parlare solo di tipo eretico della costituzione eccitabile.

Si è cercato da molto tempo di riportare la tubercolosi ad una determinata costituzione, e si è ad esempio visto che negli astenici la malattia decorre più rapidamente e gravemente, probabilmente in rapporto alla diminuita reattività dei tessuti, mentre gli individui a costituzione eccitabile presentano maggior resistenza.

I bambini, invece, sono colpiti dall'infezione in egual maniera, ma la reazione da essi presentata è diversa a seconda del tipo costituzionale.

La scrofolosi, che è rappresentata da una infezione tubercolare sulla base del linfatismo colpisce i soggetti ad abito muscolare, risparmiando quelli ad abito cerebrale, e la tubercolosi chirurgica si riscontra egualmente sopratutto nei linfatici.

In rapporto con la diatesi essudativo-linfatica sono anche gl'infiltrati tubercolari, che prima erano conosciuti col nome di « epitubercolosi », sviluppantisi da una ghiandola bronchiale o paratracheale. Tale processo può essere interpretato come una flogosi secondaria ad uno stimolo tossico sul tessuto polmonare costituzionale ipersensibile.

Da numerose osservazioni fatte in proposito dall'A., risulta dunque che esiste una dipendenza tra costituzione e tubercolosi, da intendersi però, come si è detto, quale speciale risposta del soggetto di fronte a un dato stimolo, e non, come si è sostenuto da altri, quale tipo costituzionale particolare.

Le conclusioni pratiche che se ne possono desumere sono di carattere terapeutico, poichè, essendo conosciuto che nella diatesi essudativo-linfatica è alterato il ricambio del sale e del calcio, sarà evitata una eccessiva introduzione di grasso e di albumina, preferendo una dieta vegetale povera di sali.

Si eviteranno inoltre rigorosamente tutti gli stimoli esterni più pericolosi, quali le irradiazioni con sale artificiale, ed i cosidetti rimedi profilattici specifici e non specifici.

Tutta la terapia dovrà ridursi alle cure di riposo, integrate dall'alimentazione e dalla somministrazione di olio di fegato di merluzzo e calcio.

M. FABERI.

Ricerche sulla genesi e sul decorso della tubercolosi polmonare.

(F. SCHEIDEMANTEL. *Zeitschr. f. Tuberkulose*, n. 1, 1931).

Osservazioni ripetute e sistematiche dimostrano che le forme aperte di tbc. polmonare stanno alle forme chiuse nel rapporto di 1 : 2,4. Tra le numerose radiografie eseguite l'A. ne scelse 514, che si prestavano bene allo studio sulla prima localizzazione dell'infezione. Nel 31 % dei casi si poteva dire con sicurezza che il primo focolaio si era sviluppato nell'apice, nel 26,1 % dei casi, che esso si era sviluppato nella regione sottoclavicolare. Aggiungendo a questi anche i casi in cui la localizzazione primitiva si poteva sospettare con grande verosimiglianza, si ottiene un rapporto tra le forme ad inizio apicale e quelle ad inizio sottoclavicolare, di 56,5 % : 43,4 %. L'età esercita una notevole influenza sulla localizzazione primitiva: tra i 15 ed i 25 anni prevalgono le forme sottoclavicolari, dopo il 25° anno la frequenza dei due generi di localizzazione è su per giù la stessa, dal 35° anno in poi si ha invece una prevalenza delle forme apicali. Le forme ad inizio apicale hanno una durata media maggiore delle forme ad inizio sottoclavicolare: nelle prime l'inizio della malattia risaliva in media a 7-8 anni, nelle seconde a 4-7 anni. La prognosi è quindi migliore nelle forme ad inizio apicale che nelle forme ad inizio sottoclavicolare. La superinfezione tubercolare ha notevole importanza anche per l'adulto: nelle famiglie in cui esiste o in cui è morto da poco un tubercolotico aperto, si osserva un netto aumento delle forme sottoclavicolari, specialmente nell'età tra i 15 e i 30 anni. Se si prende in considerazione l'anno in cui è morto il famigliare tubercoloso, si vede che, mentre negli anni che precedono quello della morte i casi di famigliari contagiati sono pochi, essi aumentano molto fortemente nell'anno della morte, diminuiscono del 50 % nei 2 anni successivi per cadere progressivamente negli anni che seguono, fino allo zero. Si conferma con ciò il grande pericolo che il tubercoloso aperto rappresenta per i suoi famigliari nel suo ultimo anno di vita.

POLLITZER.

La diagnosi di attività delle lesioni polmonari tubercolari.

(E. LEURET e J. CAUSSIMON. *Revue de la Tuberculose*, marzo 1931).

La diagnosi di attività di una lesione tubercolare polmonare considera l'attività « attuale » della lesione polmonare stessa; l'apprezzamento della « attività potenziale » investe tutto il difficile problema della prognosi della tubercolosi.

L'attività e l'evolutività delle lesioni polmonari tubercolari sono state comprese nei modi più svariati dai diversi autori.

Oltre alla virulenza degli elementi bacillari e la qualità del terreno, le manifestazioni dell'attività delle lesioni sono comandate dall'importanza o dall'insufficienza della reazione sclerosa di incistamento delle lesioni. L'espressione dell'attività è più o meno ricca secondo che la lesione è o non in comu-

nicazione col mezzo interno circolante (sangue e linfa) e che la barriera che circonda le lesioni è più o meno solida.

Dal punto di vista *biologico*, la lesione è attiva fino a quando contiene dei bacilli virulenti. Da quello *clinico*, la lesione attiva è quella che si esprime con segni clinici o con reazioni umorali abbastanza netti per essere registrati. Dal punto di vista *anatomico*, la lesione attiva è quella che si scava o si estende.

La diagnosi dell'attività di una lesione polmonare consiste nel trovare dei segni clinici o delle reazioni talmente sensibili o specifiche che ogni lesione batteriologicamente attiva possa sicuramente essere svelata.

È necessario far largo posto alle manifestazioni dell'attività delle lesioni tubercolari che dipendono dalla circolazione del bacillo e delle tossine (febbre a tipo setticemico, alterazioni dello stato generale, ecc.), che sono la conseguenza di una separazione imperfetta fra l'ambiente interno e la lesione.

Dal punto di vista dell'attività, gli AA. propongono la seguente classificazione delle lesioni polmonari tubercolari:

1) Lesione inattiva dal punto di vista batteriologico e clinico; è la forma ideale della tubercolosi guarita; le lesioni possono però lasciar tracce umorali e radiologiche;

2) Lesione attiva batteriologicamente e silenziosa clinicamente; è la tubercolosi latente stabilizzata, chiusa dal lato dell'apparecchio respiratorio e del circolo;

3) Lesione attiva batteriologicamente e clinicamente, ma non evolutiva; essa non si estende nè si scava. Può essere: *a*) chiusa dalla parte dell'ambiente interno e da quello dei bronchi (tubercolosi chiusa attiva), oppure: *b*) chiusa rispetto all'ambiente interno ed aperta verso i bronchi (ascesso freddo polmonare);

4) Lesione attiva batteriologicamente e clinicamente ed inoltre evolutiva (tisi polmonare comune cronica);

5) Lesione attiva batteriologicamente e clinicamente, non evolutiva, ma infettante (forma setticemica continua od intermittente);

6) Lesione attiva dal punto di vista batteriologico e clinico ed inoltre evolutiva ed infettante (tisi acute, subacute o croniche, ad evoluzione rapida).

SEGNI DIVERSI DI ATTIVITÀ.

Febbre. — Le perversioni della regolazione termica (febbre, instabilità termica, febbricole provocate, ecc.) sono un'espressione frequente, sufficiente ma non sempre necessaria dell'attività tubercolare. Con lesione polmonare di analoga attività, ogni malato reagisce a suo modo dal punto di vista dell'ipertermia.

La febbre esprime un'attività tanto più forte quanto più essa è elevata, più duratura e si accompagna ad un corteo più importante di sintomi generali.

Lo stato subfebbrile continuo è l'espressione di un focolaio male incistato, di cui l'attività persistente costituisce una grave minaccia; le febbri tubercolari ondulanti sono l'espressione di lesioni attive, evolutive ed infettanti; gli attacchi febbrili che vanno dal semplice accesso febbrile all'attacco evolutivo classico, indicano l'attività di un focolaio male incistato e sembrano essere la manifestazione dell'attacco bacillemico o setticemico di varia gravità.

Le febbri mestruali, nella donna, costituiscono un ottimo criterio dell'attività più o meno infettante delle lesioni polmonari.

In linea generale, si può dire che le varie modalità della febbre rappresentano delle manifestazioni capitali dell'attività delle lesioni tubercolari. Però, si deve tener presente che l'assenza di febbre non implica necessariamente l'inattività delle lesioni, in quanto che esistono numerose forme attive della malattia tubercolare che si sviluppano senza reazione termica apprezzabile.

Un certo numero di prove, come quella della marcia, possono rivelare l'instabilità termica che indica, di per sè stessa, la persistenza di un focolaio tubercolare ancora attivo. La prova della marcia può essere considerata come una buona prova di attività lesionale. Le *alterazioni dello stato generale* (astenia, facile stanchezza) corrispondono quasi sempre a lesioni attive. Il dimagrimento è un buon segno di attività lesionale, specialmente per quanto riguarda l'instabilità della curva ponderale. L'assenza di alterazioni dello stato generale non implica che le lesioni siano necessariamente inattive.

Disturbi del metabolismo. — La decalcificazione, di cui il meccanismo è assai complesso, rimane a lungo indipendente dall'attività delle lesioni. Lo studio dell'equilibrio acido-base non dà indicazioni praticamente utilizzabili, mentre invece può darle la misura del metabolismo basale. Nessuna indicazione può fornire la determinazione della colesterolemia.

Le reazioni di Moriz-Weiss e quella di Petzetakis hanno un valore confermativo sicuro.

Ascoltazione e segni funzionali. — Non sempre le lesioni che si fanno ascoltare meglio sono necessariamente attive; inversamente, delle lesioni che non si ascoltano od appena percettibili possono avere un'attività temibile.

Non esiste una sindrome di ascoltazione patognomonica della lesione tubercolare attiva; i segni fisici vanno interpretati in confronto di quelli generali. Lo stesso si può dire della tosse, dell'abbondanza dell'espettorato e della dispnea, che non indicano se non imper-

fettamente l'attività delle lesioni. Così pure, soltanto i segni generali fanno dell'emottisi un testimonio dell'attività lesionale.

Disturbi circolatori. — La tachicardia è un segno importante della attività delle lesioni tubercolari. L'instabilità del polso risponde a quella della curva di temperatura ed a quella del polso. La ipotensione arteriosa non rappresenta la regola nelle lesioni tubercolari attive; la pratica delle curve oscillometriche in serie può però fornire delle indicazioni complementari importanti.

Radiologia. — Esistono delle lesioni polmonari attive che le tecniche attuali della radiologia sono impotenti a rivelare. L'attività o meno delle lesioni non è per nulla in rapporto diretto nè con l'assenza, nè con l'abbondanza delle immagini radiologiche. Il quadro che noi osserviamo è il risultato di una totalizzazione di ombre e di rischiaramenti, sicchè l'intensità dell'ombra che noi vediamo non è affatto in rapporto con la gravità della lesione.

Per apprezzare l'attività e l'evolutività delle lesioni, è assolutamente indispensabile di fare sistematicamente delle radiografie in serie che, sole, possono mostrare le modificazioni delle ombre in estensione ed in intensità. Questo inventario anatomico, però, non fornisce nessuna indicazione sull'attività infettante o meno delle lesioni ed è soltanto la clinica che dà all'aspetto radiologico il reale significato.

Esame degli sputi. — Il reperto negativo della bacilloscopia ripetuta frequentemente e delle ricerche biologiche non implica che la lesione sia inattiva. D'altra parte, l'abbondanza dell'espettorato non è un'espressione fedele nell'attività delle lesioni.

Salvo casi eccezionali, l'esame citologico degli sputi non dà indicazione sull'attività delle lesioni.

Una lesione attiva fortemente bacillifera può non essere nè evolutiva nè infettante, mentre può esserlo una lesione paucibacillifera.

Lo studio delle granulazioni bacillari in rapporto all'attività dei focolai tubercolari va ripreso; la frequenza e l'aspetto delle fibre elastiche possono dare indicazioni sul carattere evolutivo di una lesione attiva.

L'albumino- e la tirosino-reazione possono dare indicazioni confermative.

Reazioni umorali. — Il significato delle reazioni sierologiche è dominato dalla nozione di equilibrio o di squilibrio proteinico del siero.

Il dosamento comparativo delle diverse albumine del siero può tradurre fedelmente l'attività della lesione, la sua evolutività anatomica e l'intensità della reazione di difesa umorale dell'organismo.

Molte reazioni di flocculazione e lo studio della sedimentazione delle emazie danno, in modo assai più grossolano, delle indicazioni nello stesso senso. Bisogna fare un posto a parte alla reazione di Vernes, in quanto che le curve flocculometriche permettono di seguire l'evoluzione della malattia. Gli AA. ritengono particolarmente interessante il confronto della reazione di Vernes con quella della deviazione del complemento con i diversi antigeni; l'associazione delle due prove costituirebbe un processo abbastanza sicuro per l'apprezzamento e dell'attività delle lesioni.

La cuti-reazione l'urino-reazione di Wildbolz danno delle indicazioni complementari utili e così pure lo studio della formula leucocitaria e dell'indice opsonico.

In complesso, la nozione di attività di una lesione tubercolare polmonare non può essere che la conclusione di un insieme di segni: clinici, radiologici, di ascoltazione e sierologici, raccolti in serie e confrontati gli uni agli altri; soltanto il risultato dell'osservazione continuata del malato e la comparazione dei segni rilevati nelle diverse tappe della sua malattia possono permettere di affermare l'attività della lesione. *fil.*

Le pleuriti ascellari postcollassoterapiche.

(A. VITON. *Arch. des malad. de l'appar. respiratoire*, 1931, n. 1).

Nel corso della collassoterapia polmonare per tubercolosi, si riesce ad individuare una forma speciale di pleurite saccata, in modo relativamente frequente (tre volte su 28 casi). È questa la pleurite ascellare dell'A. Studiando bene il suo decorso, si nota che esse pleuriti sono sempre secondarie a pleuriti della grande cavità e che sono la conseguenza del graduale riassorbimento effettuantesi dal basso verso l'alto secondo un processo successivo di sedimentazione, organizzazione e propulsione del liquido verso l'alto. Conviene pertanto aggiungere questa forma di pleurite chiusa, ascellare, alla classificazione del Bernard e Baron delle pleuriti nel corso della collassoterapia e considerare che possono sopravvenire gradualmente come conseguenza del processo di riassorbimento del versamento, ovvero prodursi acutamente, localizzandosi nel segmento ascellare con la sindrome dei versamenti della grande cavità.

Semeiologicamente si nota: all'ispezione, una immobilità del segmento ascellare colpito mentre che nelle regioni vicine si osservano dei rientramenti inspiratori più o meno intensi. Con la palpazione: se il moncone polmonare resta piccolo e lontano dalla parete polmonare, il f. v. t. sarà abolito. Se vi è riespansione, si percepiranno le vibrazioni, mentre a livello del segmento ascellare, ove si trova il versamento, le vibrazioni saranno abolite. Alla percussione: i sintomi varieranno a seconda l'ampiezza della pleurite ascel-

lare, il grado del collasso polmonare, l'esistenza o la assenza di versamento nella grande cavità.

E si troverà o una zona ottusa, ovale, a grande asse verticale o confondentesi con l'ottusità totale, o terminare in alto con una linea idroaerea. L'ascoltazione mostra l'esistenza di sfregamenti sulla parte limitrofa del segmento ascellare colpito; talora respirazione soffiante o vero soffio pleurico, spesso egofonia, talora silenzio respiratorio. In genere si può dire che nel corso di una pleurite ascellare c'è polimorfismo. Il quadro radiologico si desume da quanto è stato detto: sul campo polmonare si può vedere il moncone polmonare più o meno collassato e, evidente, la massa oscura ascellare delimitata, verso la linea mediana, da un bordo più o meno verticale, leggermente concavo, che all'estremo superiore si avvicina alla clavicola ed inferiormente alla base dell'emitorace od al diaframma. I caratteri fisici, chimici e citologici del liquido delle pleuriti ascellari sono analoghi a quelli dei versamenti postcollassoterapici correnti, cioè caratteri tubercolari. L'affezione in discorso non sembra aggravare la prognosi. La cura non presenta alcunchè di particolare. MONTELEONE.

Le lavature della pleura nelle pleuriti purulente tubercolari maligne.

(F.-L. DE MURALT e P. WEILLER. *Rev. de la Tuberculose*, febbraio 1931).

Le pleuriti purulente tubercolari possono essere, *grosso modo*, suddivise in due gruppi, quelle semplici, a tipo di ascesso freddo pleurico e quelle maligne. Le prime guariscono con il trattamento classico, punture seguite da iniezioni modificatrici, mentre invece per le seconde, il notevole numero dei metodi proposti indica che non ve ne è nessuno di realmente efficace.

Fra i trattamenti più in voga vi è l'oleotorace, che è però anch'esso soggetto a critiche; si raccomandano altresì le punture, il drenaggio con o senza aspirazione, la pleurotomia, la frenicectomia e la toracoplastica.

Gli AA. insistono invece sull'utilità delle lavature della pleura che, da altri autori, sono invece poco considerate. Essi riportano le osservazioni di 9 casi, in cui hanno ottenuto il 66 % di guarigioni. In tutti i casi, anche in quelli che non hanno avuto evoluzione favorevole, tali lavature hanno influito in modo certo e spesso notevole sui fatti seguenti:

1) La temperatura che diminuisce progressivamente, spesso fin dalla prima, per abbassarsi fino alla normale;

2) I sudori notturni che cessano poco a poco;

3) Il peso: aumento notevole in tutti, che hanno guadagnato fino a 14 kg. in 7 mesi e 12 in 10;

4) L'anemia;

5) La riproduzione del liquido pleurico, che si trova molto rallentata nella maggior parte dei casi, talvolta addirittura jugulata dalla prima lavatura;

6) La citologia e la batteriologia del versamento: scomparsa degli streptococchi dopo 3 lavature (1 caso) dei bacilli di Koch dopo 1 lavatura (*sic!*) in 1 caso, dopo 3 in un altro e dopo 7 in un altro. Scomparsa dei pneumococchi, in 3 diversi casi, dopo 1, 7, 10 lavature;

7) I sintomi tossici associati, le funzioni digerenti, il sonno e lo stato psichico.

Alle lavature della pleura, si fanno diverse obbiezioni rilevando che esse possono dare i seguenti inconvenienti:

1) Gli incidenti gravi di « choc » pleurico. Nessuno di essi è stato osservato dagli AA. in circa 70 lavature praticate. Ad ogni modo, è facile evitarli con le necessarie precauzioni: preparazione fisica e morale del paziente, anestesia locale molto accurata, evitare le variazioni brusche della pressione endopleurica, ecc.;

2) La ferita del polmone, che è tanto meno probabile in quanto che l'anestesia locale fornisce le informazioni sulla profondità approssimativa alla quale si deve introdurre il trequarti;

3) L'inoculazione del tragitto di puntura, che può essere evitata con un minimum di precauzioni; tale eventualità è rara; è accaduta una sola volta agli AA. ed il piccolo ascesso è guarito rapidamente con l'elioterapia.

La ripetizione delle lavature non va soggetta a regole fisse, ma dipende dai segni generali e dalla riproduzione più o meno rapida del liquido. L'esame clinico e radiologico, la temperatura, l'osservazione della tosse e della dispnea, la puntura esplorativa ed i risultati dell'esame cito-batteriologico permetteranno di decidere se e quando va ripetuta la lavatura.

È evidente che non si deve domandare alle lavature più di quanto possano dare. Indubbiamente offrono anch'esse degli insuccessi e non ci si deve ostinare in tale metodo se i risultati favorevoli mancano o non persiste il miglioramento ottenuto in primo tempo. L'intervento del chirurgo va chiesto prima che il malato sia troppo indebolito e quando esso è ancora capace di sopportare una pleurotomia od una toracoplastica.

Il metodo delle lavature, quindi, sbarazzando la pleura dal pus e dagli ammassi di fibrina che essa contiene, risvegliando probabilmente i processi naturali di difesa, provocando forse, con la sua azione leggermente irritante ha un'influenza benefica sulle pleuriti purulente tubercolari maligne. *fil.*

Il trattamento del diabetico tubercolotico.

(H. KUTSCHERA-AICHBERGEN. *Wiener klin. Wochens.*, 25 sett. 1931).

È noto da tempo che la tubercolosi, nei diabetici decorre in modo sfavorevole e che specialmente le forme essudative si diffondono più rapidamente e più difficilmente subiscono delle soste. La causa di questo decorso sfavorevole va ricercata nella diminuita resistenza del diabetico alla tubercolosi. Ora è da vedersi se, realmente, tale diminuzione di resistenza sia senz'altro fatale. Un progresso sarebbe compiuto se noi sapessimo le ragioni di questa minore resistenza, in modo da poter concentrare i nostri sforzi nel combattere tali cause.

L'esperienza clinica ci insegna che non sono minacciati maggiormente dalla tubercolosi i casi avanzati o progrediti, i diabetici dimagriti od acidosici, ma che le infezioni tubercolari assumono un decorso più sfavorevole che nei non diabetici, anche negli individui in cui il trattamento dietetico è ben condotto e che sono ben nutriti.

Si è ammesso che l'iperglicemia sia assai dannosa e, pertanto, si è raccomandato di far uso abbondante di insulina; si è anche parlato di un decorso favorevole di casi di tubercolosi trattati con insulina, specialmente in individui con forme croniche degli apici o con pleurite essudativa. Ma le forme essudative della tubercolosi polmonare sembrano meno influenzabili, specialmente quando si tratta di diabete grave. Così Rosenberg e Wolff hanno riportato una serie di casi con decorso favorevole ammettendo però la limitazione che nella maggior parte delle forme essudative non si può impedire la distruzione nonostante una notevole sottrazione di zucchero ed un'abbondante introduzione di insulina.

Queste osservazioni, che l'A. può confermare fanno ritenere che la causa della diminuita resistenza del diabetico alla tubercolosi vada ricercata non già nell'iperglicemia, ma più che altro nei tessuti; si tratta probabilmente di una diminuita capacità delle cellule dell'organismo ad assumere e ad elaborare lo zucchero. Quando si ammetta tale teoria, si comprende la ragione per cui le diete scarse di carboidrati non siano di grande utilità nella tubercolosi dei diabetici, anche quando lo zucchero sanguigno viene abbassato sotto il normale. Se la scarsa resistenza dei diabetici alla tubercolosi è dovuta allo svuotamento dei depositi di glicogeno e ad una diminuzione del consumo di zucchero da parte dei tessuti, si deve pensare a colmare i depositi e ad aumentare il consumo di zucchero delle cellule e, secondariamente ad aumentare (ed in ogni caso a non diminuire!) l'apporto di zucchero.

Sulla base di queste considerazioni, si tentò in parecchi casi di grave tubercolosi essudativa in diabetici di fornire una dieta ricca di idrati di carbonio, dando conseguentemente la relativa quantità necessaria di insulina.

L'A. riporta tre casi in cui la messa in opera di tale principio ebbe esito favorevole e viene quindi alle seguenti

INDICAZIONI PRATICHE.

Quando le condizioni del paziente sono cattive ed è scarso l'appetito, si deve anzitutto aver cura di rialzare le forze. Le prescrizioni dietetiche rigorose che nel trattamento del diabete hanno sì grande importanza sono qui inapplicabili. Al paziente si debbono anzitutto somministrare abbondanti carboidrati ed insieme la quantità di albumine e di grasso necessarie in modo da rendere la dieta gradita al paziente e di migliorare le condizioni di nutrizione. Tale dieta è analoga a quella raccomandata da Falta per la nutrizione dei diabetici a cui è necessaria l'insulina, una dieta cioè di composizione normale.

Nei malati deboli, febbricitanti è importante di fornire i carboidrati non sempre nella stessa forma; quindi, non si farà una serie continua di giorni di avena o di patate, poichè in tali condizioni il diabetico grave non può elaborare la necessaria quantità di carboidrati, ma si daranno alternativamente i diversi carboidrati in modo confacente al gusto personale del malato ed in quantità equivalente di carboidrati. Oltre alle patate, al pane ed al riso, si potranno dare altri cibi a base di farina, salati o dolci e della frutta. La dose di insulina deve essere proporzionale al « valore in pane » della alimentazione e sarà somministrata in tre dosi giornaliere ad intervalli simili.

Tale dieta si differenzia fondamentalmente dalle cure discontinue di carboidrati (cura di avena di v. Noorden, cura di farina e frutta di Falta) perchè la dieta dell'A. può essere continuata per dei mesi senza intercalarvi giorni di carenza.

In questo modo, non è da temersi un sovraccarico degli organi che elaborano lo zucchero, come si può convincersene controllando la glicemia. Occasionalmente, può comparire dello zucchero nell'urina; tale disturbo però può venire agevolmente eliminato se si eleva corrispondentemente la dose di insulina, mantenendo uguale la quantità di carboidrati.

Quando il paziente ha raggiunto il suo peso normale, questo non deve essere sorpassato; in generale, un eccessivo accumulo di grasso nei tubercolosi va sempre evitato, ma esso è tanto meno desiderabile nei tubercolosi diabetici. La sosta nell'aumento di peso si ottiene facilmente con una corrispondente diminuzione dell'apporto di grasso; corrispondentemente, diminuirà ulteriormente il consumo di insulina. *fil.*

CENNI BIBLIOGRAFICI

Trattato della tubercolosi, sotto la direzione del prof. L. DEVOTO. Vol. in-8° di circa 1000 pagg. F. Vallardi, Milano, 1931, Lire 100.

Con questo trattato gli studiòsi veggono soddisfatte le aspirazioni per un trattato « *italiano* » della tubercolosi, completo ed aggiornato. Il primo volume che or ora vede la luce, è promessa di altrettanta buona mèsse negli ulteriori volumi. L'opera completa consterà di cinque volumi: saranno più di 4000 pagine elaborate da una schiera di scienziati e studiosi del problema tubercolare sotto tutti i suoi aspetti, con la direzione del prof. Devoto.

Il primo volume si apre con una acuta analisi storica della tubercolosi dall'età classica, alla scolastica, all'éra batteriologica, attraverso le dottrine della scuola araba, della Salernitana, al Rinascimento: essa è dovuta al Castiglioni, lo storico della Medicina ben noto in Italia ed all'Estero. Il secondo capitolo è trattato dal Niceforo e riguarda la statistica della tubercolosi, capitolo denso di tabelle e di rilievi numerici del massimo interesse. Il Gardenghi nel terzo capitolo tratta del bacillo della tubercolosi umana nell'ambiente, della sua disseminazione con gli sputi umidi, con gli sputi secchi, o con via diversa dalla respiratoria. La tubercolosi nei suoi rapporti sociali e professionali è modernamente trattata dall'Ottolenghi nel quarto capitolo (la tubercolosi in medicina legale è oggetto del sesto capitolo per parte del Perrando, Massini, Macaggi). Nel quinto capitolo il Centanni si occupa della tubercolosi congenita. Segue un magistrale e completo capitolo sulla tubercolosi e gravidanza ad opera dell'Alfieri. Al Galdi è dovuto il capitolo sulla tubercolosi dei vecchi ed al Sisto quelli sulla costituzione, predisposizione, disposizione e sulla tubercolosi e matrimonio. Chiude il libro un accenno clinico sulle pseudo-tubercolosi dell'apparato respiratorio, scritto dal prof. Devoto stesso.

Il nome degli scrittori, l'aggiornamento della trattazione allo sviluppo moderno della tisiologia, la completezza dell'opera, il razionale metodo tenuto nello svolgimento, giustificano il fervore di consensi intorno ad essa determinatisi ed avviano il libro ad essere veramente di consultazione corrente per parte di ogni medico colto. MONTELEONE.

PROUVOST PIERRE. *Appareil respiratoire*. Vol. in-8° di pagg. 610. G. Doin, édit. Paris, 1931.

È l'atteso volume delle « *Consultations Journalières* » sull'apparato respiratorio. Ricco di 610 pagine, con dodici tavole fuori testo, non ha deluso l'aspettativa degli studiosi. Da esso sono escluse tutte le forme di tubercolosi.

Base di una corretta terapia è una esatta diagnosi: pertanto il Prouvost, del quale conosciamo i numerosi lavori sulle suppurazioni del polmone, sulle bronchiti ecc., traccia anzitutto i capisaldi per la diagnosi di una lesione respiratoria, ne ricorda gli errori e le difficoltà, sia in assenza che in presenza di sintomi respiratori. Ai sintomi il Prouvost dedica la seconda parte del libro: dispnea, espettorato, emottisi non tubercolari, dolori, tosse, ricordando il valore terapeutico di ciascuno di essi. La terza parte è analiticamente riservata alle malattie ed in essa è applicata per ciascun complesso nosografico, la specifica (specifica in senso lato) terapia, generale o speciale, terapia della malattia fondamentale, terapia delle complicazioni.

La quarta parte del libro si occupa dei metodi terapeutici e delle singole istrumentazioni: non vi è pratico che non riconosca l'utilità di uno scritto ove chiaramente vengano dettate le norme per la esatta esecuzione di applicazioni calde o fredde, umide o secche, di cure climatiche o termali, delle cure specifiche in senso stretto (vaccini, sieri). Nè basta, perchè troviamo ampi capitoli destinati alla terapia con l'endoscopia, con i metodi evacuanti, con i metodi chirurgici.

Ed infine non possiamo non rimarcare l'interessante capitolo destinato ad introdurre nella pratica la terapia funzionale respiratoria.

Il libro fa a meno della consueta chiusura bibliografica: citazioni bibliografiche si incontrano nel testo, non abbondanti, ma dalla lettura del volume si trae la convinzione della particolare attenzione posta dall'A. al lavoro. R. M.

R. MONTELEONE. *L'esame funzionale dell'apparato respiratorio*. Vol. di pagg. 238, con 30 figure nel testo. Editore L. Pozzi, Roma. Prezzo: L. 32.

« In questo trattato di semeiologia funzionale dell'apparato respiratorio, l'A. prescinde da tutta l'ordinaria semeiologia fisica e funzionale, per considerare la determinazione qualitativa e quantitativa delle alterazioni funzionali del polmone, originate da lesioni dell'organo stesso, da lesioni di organi sia confinanti, sia coordinati ad esso nel loro lavoro, infine da modificazioni generali dell'organismo.

Dopo brevi premesse anatomo-fisiologiche, l'A., esamina successivamente le varie funzioni del polmone, per passare quindi ad esporre i metodi fisici e chimici per lo studio della funzione respiratoria, e i vari mezzi di esplorazione dei centri respiratori, della circolazione polmonare e delle vie aeree superiori.

Chiude il lavoro uno studio sulle forme cliniche dell'insufficienza funzionale respiratoria.

Segue, infine, una completa bibliografia sull'argomento, bibliografia che potrà essere consultata con grande utilità da chi compie studi al riguardo.

Questo manuale del Monteleone, frutto dei suoi studi e della sua pratica clinica e dispensariale, riuscirà certamente prezioso a chiunque vorrà praticamente applicare l'esame funzionale dell'apparato respiratorio ».

J. PREYER.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

IV Congresso Nazionale per la lotta contro la tubercolosi

(Bologna, 11-14 ottobre 1931).

Nei giorni 11-14 ottobre si è tenuto a Bologna il IV Congresso Nazionale per la lotta contro la tubercolosi.

Vi hanno partecipato più di mille congressisti, fra i quali erano numerose personalità italiane ed estere.

Nella mattina del giorno 11 ha avuto luogo la seduta inaugurale. Il Podestà di Bologna ha porto il saluto della città ai congressisti, poscia ha parlato S. E. PAOLUCCI, presidente della Federazione per la lotta contro la tubercolosi, accennando rapidamente agli interessanti argomenti che il Congresso avrebbe svolto ed illustrando, con cifre e documentazioni, i risultati veramente incoraggianti dell'attiva lotta che l'Italia tutta sta combattendo nel campo della tubercolosi.

Hanno parlato in seguito il Rettore Magnifico prof. GHIGI; il grand'uff. avv. UMBERTO TURCHI, presidente della Provincia e presidente del Consorzio Antitubercolare; l'on. prof. EUGENIO MORELLI, commissario del Sindacato Medico Fascista; il comm. SIMEONI, per il Ministro delle Corporazioni e il prof. LÉON BERNARD per l'Unione Internazionale per la lotta contro la tubercolosi; S. E. il prof. DE BLASI, per l'Accademia d'Italia.

Infine S. E. ARPINATI ha letto il messaggio che il Duce ha voluto inviare per suo mezzo a questo Congresso e, dopo aver porto il saluto del Governo agli organizzatori e a tutti i partecipanti al Congresso e in modo particolare al prof. Paolucci e all'on. Morelli, ha consegnato a quest'ultimo, a nome del Capo del Governo, la medaglia d'oro al merito della Sanità pubblica.

Nel pomeriggio, sotto la presidenza del prof. ILVENTO, si inizia la discussione sul tema:

Ambiente rurale e tubercolosi in Italia.

Essendo indisposto il relatore prof. Ottolenghi, il prof. COSTANTINI legge le conclusioni della dotta relazione.

Il relatore ha raccolto e discusso i vari dati, tratti da documenti ufficiali e da ricerche eseguite da numerosi medici in varie parti d'Italia, i quali hanno studiato, in zone circoscritte, il modo come si presenta la malattia, quale ne sia la gravità, l'estensione, l'origine, il probabile futuro sviluppo; egli ne deduce che la tubercolosi, sebbene non rara nell'ambiente rurale, non presenta ora in genere quei caratteri di gravità e di diffusione, che si erano in vari luoghi, manifestati nell'immediato dopo guerra.

Seguono i correlatori.

Il prof. BENEDETTI di Roma tratta particolarmente dei provvedimenti necessari a combattere la tubercolosi nell'ambiente rurale; il prof. RONZONI di Milano rileva la necessità di migliori dati statistici, proponendo di avvalersi per questo studio dell'opera dei Consorzi, dei Dispensari e dei medici condotti; il prof. SAGONA di Palermo afferma che il probema è diverso nelle varie regioni d'Italia, descrivendo le particolari condizioni rurali del mezzogiorno; il prof. ZUCCHINI di Bologna, in una dotta relazione, rileva la necessità di una proficua collaborazione tra gli igienisti, ingegneri e tecnici agrari, al fine del miglioramento igienico dell'ambiente rurale. Parlarono infine il prof. MORELLI ascoltatissimo, il prof. JEMMA, il prof. VALAGUSSA, il generale medico TOBIA e molti altri.

Infine il prof. MANFREDI di Palermo presentò un ordine del giorno in merito all'interessante argomento, che fu approvato dall'Assemblea.

* * *

Nel secondo giorno fu svolto il tema:

Inizio della tubercolosi polmonare nell'adulto.

Argomento pieno di appassionante attualità.

Il prof. G. BOERI osserva che la tubercolosi, nelle fasi iniziali si confonde per lungo tempo con lo stato di salute. Bisogna diagnosticare la malattia quando essa è latente, quasi inavvertita o ignorata. Ricorda i piccoli segni che egli ha descritto, mediante i quali si può pervenire dal sospetto alla probabilità e da questa alla certezza.

Il prof. L. TURANO rileva come la ricerca radiologica abbia una importanza straordinaria per la diagnosi della tubercolosi iniziale del polmone nell'adulto. L'infiltrato di Assmann è una scoperta essenzialmente radiologica. Egli illustra la tecnica radiografica del torace, secondo la metodica del prof. Busi. La tisi può iniziare da qualsiasi parte del polmone, quindi anche, assai più frequentemente, nelle regioni apicali.

La dottrina della reinfezione ilare (Léon Bernard, Costantini) non appare, secondo Busi e la sua scuola, ancora dimostrata.

L'O. illustra, con numerose proiezioni i vari quadri dell'infiltrato di Assmann ed altre modalità di inizio della tubercolosi nell'aduto.

Il prof. COSTANTINI ritiene che nella questione della tisiogenesi non bisogna fare una discussione di topografia polmonare, ma stabilire un criterio patogenetico delle vie di diffusione del bacillo tubercolare nell'organismo umano al momento della reinfezione.

L'osservazione moderna si è orientata verso il sistema linfatico, che rappresenta, ad un tempo, il baluardo della difesa e la prima localizzazione del processo tubercolare. La localizzazione nel tessuto polmonare è da ritenersi secondaria, essa si forma nelle regioni prossime all'ilo quando la barriera ghiandolare cede e si palesa sotto forma di infiltrato precoce, in modo acuto.

Egli presenta numerosi radiogrammi in serie, di ammalati seguiti clinicamente e radiologicamente, nei quali si dimostra l'evoluzione del processo tubercolare dalla regione ilare verso altri territori.

Il prof. A. GASBARRINI passa rapidamente in rassegna le varie teorie oggi in discussione (origine apicale dell'infiltrato precoce e origine ilare). Egli afferma che non è agevole prendere una posizione netta in favore dell'una o dell'altra dottrina. Premesso che l'anatomia patologica e la radiologia sono insufficenti a derimere il problema, egli insiste sulla necessità di ricercare clinicamente i primissimi sintomi generali, valutarli con esattezza e al loro primo apparire, seguirne con scrupolo l'andamento.

Prendono parte alla discussione, in favore o contro le varie dottrine, i proff. BERNARD di Parigi, i proff. MORELLI, MICHELI, RIST, MARAGLIANO, URIZIO, OMODEI-ZORINI, JEMMA, il dott. LUSICH, i proff. SOLI, GAMNA, PARODI, MENDES, DALLA VOLTA, LUPO, REDAELLI, FICI, CAPOGROSSI, CRISPOLTI, ai quali tutti rispondono esaurientemente i vari relatori e correlatori.

Alle ore 18 il prof. MARAGLIANO svolge la sua conferenza sulla vaccinazione antitubercolare, vivamente applaudita.

* * *

Nel terzo giorno si svolge la discussione:

Sul pneumotorace bilaterale simultaneo.

Il relatore, prof. MAURIZIO ASCOLI, ricorda come il suo metodo, proposto fin dal 1913, è stato recentemente rimesso in onore, specialmente in Germania. Precisa i presupposti fisiopatologici. la tecnica, l'indicazione e controindicazione e la condotta della cura. Egli pensa che l'avvenire del pneumotorace bilaterale non risiede tanto nell'allargamento delle indicazioni, quanto nel suo sfruttamento, pneuma controlaterale sussidiario, applicabile quando un pneuma mono-laterale non si è mostrato sufficiente. Ravvisa l'essenza del meccanismo di azione in due fattori: nella riduzione della tensione elastica media polmonare e nel riposo elettivo delle parti ammalate, reso possibile dalla eliminazione della forza di adesione delle pleure.

Seguono quindi i correlatori.

Il prof. U. CARPI illustra i principi di indicazione e il meccanismo di azione della collassoterapia bilaterale simultanea.

Il prof. L. CHERUBINI ritiene che l'argomento debba essere ulteriormente studiato negli Istituti e nelle Cliniche.

Il prof. FAGIOLI ritiene che il pneumotorace bilaterale abbia acquistato il diritto di figurare tra i metodi di cura.

Il prof. MENDES porta interessanti elementi statistici personali, riguardanti casi trattati nei sanatorii della C. R. I., che illustra con la proiezione di numerose radiografie.

Il prof. A. OMODEI-ZORINI ritiene che il metodo sia limitato ai casi di lesioni precoci, circoscritte nelle regioni alte.

Prendono parte alla discussione: i proff. MICHELI, DUMAREST, MORELLI, il quale fa un esame critico, dettagliato, del metodo, ammonendo di essere cauti nell'applicazione, RIST, MARAGLIANO, PARODI, EPIFANIO, il dott. STEPHANI, ai quali risponde efficacemente il Relatore.

* * *

Nel quarto giorno si svolge la discussione sul tema:

Il dispensario antitubercolare in Italia.

Relatore prof. E. MORELLI.

Egli espone l'odierna situazione sanitaria nelle singole Provincie. Ammette la necessità di grandi centri dispensariali nelle grandi città, con centri di accertamento diagnostico più piccoli alla periferia. Nelle piccole città e nei paesi è da preferire il tipo di Dispensario poli-clinico.

Egli descrive, sulla scorta di un modello plastico e di varie tavole murali, il dettaglio funzionale dei grandi e piccoli Dispensari, ne studia la costruzione e l'ubicazione, impartendo norme per i Consorzi nella costruzione di tali Istituti.

Il correlatore, prof. F. BOCCHETTI, aderisce ai concetti svolti dal prof. Morelli e auspica, in un prossimo avvenire, alla possibilità di ricerca e di ospedalità integrale di tutti gli infermi.

Il prof. CAMPANI tratta della necessità di costruire degli ambulatori poli-consultivi.

Il dott. LUSIGNOLI sostiene la necessità di allargare l'opera profilattica e assistenziale.

Il prof. URIZIO si occupa del problema dell'accertamento diagnostico.

Aperta la discussione, il prof. MANFREDI espone la necessità che la parte sociale sia più ampiamente svolta nei Dispensari; egli desidera un maggior affiancamento fra il medico e la visitatrice.

L'on. prof. MORELLI risponde esaurientemente, compiacendosi della critica serena del prof. Manfredi, la quale mira al perfezionamento dell'istituzione dispensariale.

Il prof. REDAELLI di Milano fa, in seguito, una interessante esposizione dei vari metodi di terapia chirurgica della tubercolosi polmonare, corredandola con proiezioni di numerose e nitide fotografie.

Infine il prof. ILVENTO, presidente della seduta, ricorda con commozione le tappe ascensionali della Federazione e l'enorme cammino da essa fatto fino all'odierno Congresso. Ricorda la nobile figura di Augusto Murri, al quale invia l'omaggio e un saluto augurale e dà lettura di un telegramma a S. E. il Capo del Governo e a S. E. l'on. Arpinati.

* * *

Numerose visite furono fatte dai congressisti alle varie e interessanti istituzioni antitubercolari della città di Bologna e Provincia.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Grave shock pleurico da rifornimento pneumotoracico vinto con un'iniezione endovenosa di "lobelina".

Dott. LEONARDO DE BENEDETTI.

Uno degli incidenti più gravi che possono occorrere nella cura pneumotoracica è il cosidetto « shock pleurico » o « eclampsia pleurica »: chiunque abbia assistito a uno di tali incidenti sa con quale quadro impressionante esso per lo più si presenti e come, in tale frangente, alla persona dell'arte occorra conservare tutto il suo sangue freddo e la sua presenza di spirito per dominare la tumultuosa sintomatologia che offre il paziente, prestando a questo le cure più opportune sopratutto con rapidità, sola condizione quest'ultima, affinchè quelle non giungano tardive e perciò sterili.

Lo shock pleurico si manifesta appena si è introdotto l'ago nella pleura e prima ancora di avere immerso in questa anche pochi cmc. di gas: esso sarebbe determinato da un complesso di riflessi — scatenato appunto dalla puntura della pleura parietale — che, attraverso le vie vagali, danno fenomeni sincopali e vertiginosi, di intensità così cospicua da indurre un vero quadro di morte apparente, con cianosi dapprima e pallore poi, arresto del cuore e del respiro, abolizione dei riflessi, midriasi, rilasciamento degli sfinteri e inerzia completa. Questo è quanto costituisce il vero quadro dello « shock pleurico », diciamo così, genuino; chè, se lo shock può presentarsi con una sintomatologia diversa — alquanto meno drammatica e grave, come, ad es., un semplice deliquio — o con fenomeni convulsivi a focolajo o generalizzati, con emiplegia e amaurosi — bisogna pensare, e specialmente in quest'ultimo caso, che si tratti di un altro incidente e cioè della embolia gassosa, la quale però insorge — e qui può fondarsi la diagnosi differenziale fra le due forme di incidenti — quando si è già introdotto del gas.

Veramente alcuni AA. non riconoscono questa patogenesi dei fenomeni a focolajo, che, essendo talvolta di brevissima durata, mal si accordano con un processo embolico, sia pure gassoso; tanto più che sono stati veduti dei fenomeni a focolajo scoppiare prima ancora che fosse stata aperta la chiavetta del gas. Come spiegazione, bisogna allora pensare che siano in gioco spasmi arteriosi circoscritti o edemi localizzati dei centri nervosi.

Riguardo alla patogenesi dello shock pleurico, non tutti ammettono che si tratti di fenomeni riflessi e molti pensano invece che tutti i fenomeni da shock pleurico siano da riferire a un'embolia gassosa; la quale potrebbe essere data non soltanto da gas immesso dall'apparecchio, ma anche da gas già presente nella pleura.

Bisogna ancora ricordare che i fenomeni dello shock scoppiano più facilmente se vi sono delle aderenze pleuriche: in questo caso, essi si manifestano non già appena introdotto l'ago, ma quando le aderenze, sovradistese dal gas che si viene immettendo, vengano rapidamente e violentemente lacerate: allora il paziente avverte un vivo dolore.

È inutile qui ricordare le norme profilattiche che si devono osservare per evitare per quanto possibile lo scoppio degli incidenti descritti; norme che possono riassumersi nel tranquillizzare il paziente, specie alle prime introduzioni, rassicurandolo sull'innocuità e sulla facilità dell'intervento: talvolta infatti in individui emotivi possono determinarsi dei deliqui, che non hanno nulla a che vedere con lo « shock », ma che tuttavia possono confondersi con questo e impressionare l'operatore; nella necessità di non aprire la chiavetta del gas, prima di avere la certezza che la punta dell'ago peschi nella cavità pleurica con l'osservare le oscillazioni della pressione indicate dal manometro, di introdurre il gas assai lentamente e di provvedere a che il gas medesimo abbia una temperatura pressapoco uguale a quella del corpo.

È altresì inutile raccomandare a chi pratica il pneumotorace di tenere sempre a portata di mano alcune siringhe ed aghi sterili per iniezione e diverse fiale di cardiocinetici, di analettici e di eccitanti per esser pronti a fronteggiare ogni situazione. Infatti, nella grave contingenza di uno shock pleurico insorgente durante un rifornimento pneumotoracico, bisogna, estratto rapidamente l'ago, cercare di rialzare le condizioni del cuore e del sistema nervoso, iniettando sottocute etere, canfora, caffeina, sparteina e praticare la respirazione artificiale.

Disgraziatamente questi presidi terapeutici possono dimostrarsi insufficenti; ma esiste un

mezzo che ha già dato altre volte e in diversi campi dimostrazioni lampanti della sua eccezionale efficacia: intendo dire dell'iniezione intracardiaca di adrenalina. Questo intervento, limitato sulle prime ai casi di shock da anestesia, è stato in seguito adottato per altre indicazioni: volendo limitarmi a quella da « shock pleurico » ricorderò che nel n. 28 del 1930 della Sezione pratica del *Policlinico*, il dott. Giuseppe Bonanno, riferendo sopra un caso personale di « grave sincope da rifornimento pneumotoracico superata con doppia iniezione intracardiaca di adrenalina », passa in rassegna la letteratura sull'argomento e cita molti casi consimili al suo, in cui si ebbe una vera riviviscenza in seguito a tale intervento. L'iniezione intracardiaca di adrenalina però per conseguire risultati utili deve essere praticata entro i primi dieci minuti dalla morte apparente, perchè, più tardi, la vitalità dei centri nervosi è irreparabilmente compromessa e l'insuccesso sarebbe quindi fatale.

Un'altra sostanza può riuscire utile in caso di morte apparente da « shock » pleurico, a giudicare almeno dal risultato che ho conseguito io dal suo impiego in un caso: e cioè la « lobelina », alcaloide della *Lobelia Inflata*, che a piccolissime dosi è un eccitante del centro respiratorio, determinando un respiro più frequente e più profondo, mentre a grandi dosi esplica un'azione paralizzante sullo stesso centro.

Non ho trovato nella letteratura che ho potuto consultare un caso analogo al mio, in cui cioè si sia usata la lobelina per vincere uno stato sincopale da shock pleurico: soltanto nella monografia di Doria e Cesari sul « Pneumotorace terapeutico » è fatto cenno della sua utilità in casi di paralisi respiratoria.

Il caso che ho avuto occasione di osservare è il seguente:

Bor. Maria, anni 21, da Alpignano, orfana di entrambi i genitori morti per tbc., afferma di non esser mai stata ammalata; da due mesi però avverte astenia, dimagrimento, tosse, febbricola; presenta i segni clinici e radiologici di una tubercolosi essudativa a sinistra, pleura libera da aderenze. Si giudica opportuno istituire una cura pneumotoracica, che viene iniziata il 5-VIII-29 e che viene tollerata benissimo: da essa la p. ritrae rapido miglioramento soggettivo ed oggettivo.

Dal 5-VIII-29 al 12-XII-29 si erano già praticati 15 rifornimenti, che si erano sempre potuti eseguire con la massima facilità, favoriti dalla mancanza di aderenze fra i due foglietti pleurici. Inoltre la p., ad ogni rifornimento, non aveva mai accusato il minimo malessere, se non un leggero senso di oppressione precordiale, che si iniziava alla fine dell'introduzione dell'azoto, anche se in quantità mediocri, e che scompariva entro un paio d'ore. Insomma, ci si trovava proprio di fronte a uno di quei casi ideali che, mentre si prestano particolarmente bene alla cura, ritraggono da questa il massimo vantaggio.

Il 12-XII-29 insorse inaspettatamente e in modo rapidamente preoccupante il quadro di uno shock pleurico: infatti, appena introdotto l'ago, la paziente emise un gemito e si accasciò sui guanciali, diventando subito dispnoica; dopo alcuni respiri accelerati, il respiro si arrestò di botto, la p. si fece dapprima cianotica, poi pallidissima, cerea, mentre un po' di schiuma sanguigna affiorava alle labbra.

Fin dal momento in cui la p. si era lamentata, l'ago era stato estratto dalla parete toracica — *non si era ancora aperto il rubinetto del gas* — e, mentre il quadro offerto dalla paziente andava rapidamente evolvendo verso quello della morte apparente, furono praticate iniezioni di olio canforato, di caffeina, stricnina, sparteina, di etere, di adrenalina per via sottocutanea o endomuscolare; e quindi si iniziò con energia la respirazione artificiale. Ma il respiro non accennava a ricomparire e il polso alla radiale era scomparso, come pure scomparsi i riflessi; i battiti cardiaci si percepivano lontanissimi, fievoli, oscuri e aritmici. In tali condizioni un ulteriore indugio avrebbe potuto essere fatale, per cui decisi di ricorrere all'ultima risorsa, l'unica nella quale potesse risiedere ancora qualche speranza di salvezza: l'iniezione intracardiaca di adrenalina. Ma disgraziatamente, mentre stavo caricando una siringa con l'ultima fiala di adrenalina che avevo con me, un famigliare della p., nell'orgasmo e nella confusione del momento, passandomi accanto, mi urtò sgarbatamente il braccio, facendomi cadere di mano la siringa già ripiena del farmaco prezioso: la siringa, cadendo al suolo, si infranse. Non mi persi d'animo; e, cercando nella mia busta un'altra fiala, ne trovai una di « Lobelina » e tosto decisi di servirmene: con un'altra siringa iniettai un terzo di cmc. (un milligrammo) di Lobelina in una vena del braccio, il resto per via intramuscolare; ripresi quindi a praticare con nuova lena la respirazione artificiale e poco dopo vidi attenuarsi il pallore della paziente; trascorsi ancora pochi istanti, essa incominciava a compiere attivi movimenti di respiro, che, da rari e superficiali, si fecero con stupefacente rapidità più frequenti, profondi e regolari, mentre la p. riprendeva un colorito roseo, e ritornava il polso alla radiale, ritmico valido e con buona frequenza. Adagiata quindi la p. nel suo letto e messa in riposo assoluto, con bottiglie di acqua calda ai piedi, sorvegliata attentamente ancora per alcune ore, essa non ebbe più bisogno di altre cure; cosicchè del grave episodio non residuò se non il ricordo. In seguito tuttavia i famigliari della p., impressionati dal drammatico episodio di cui erano stati testimoni, si opposero a un ulteriore proseguimento della cura pneumotoracica; cosicchè da allora la p. è stata curata soltanto più con una terapia igienico-alimentare-ricostituente, con olio di fegato di merluzzo, balsamici e mineralizzanti. Il gas iniettato precedentemente si riassorbì a poco a poco; ma nonostante il breve tempo durante il quale il polmone restò collassato, il miglioramento ottenuto non scomparve e si notò la trasformazione del processo tubercolare da essudativo a fibroso.

La p. è tuttora viva e gode di una salute generale discreta.

Pur non volendo disconoscere l'azione esplicata dagli analettici, dagli eccitanti e dall'adrenalina iniettata per via ipodermica e dalla respirazione artificiale, io credo di non essere in errore se attribuisco il felice risultato all'iniezione endovenosa di « Lobelina », sia e sopratutto perchè l'inizio del dileguarsi della fenomenologia da « shock » si ebbe poco dopo la iniezione stessa, sia per la rapidità con cui la respirazione assunse un ritmo normale e valido.

Credo quindi di poter consigliare i colleghi che praticano il pneumotorace di tenere fra le sostanze di pronto soccorso alcune fiale di « Lobelina ».

RIASSUNTO.

L'A., ricordato il quadro drammatico della sincope da shock pleurico, le norme profilattiche per evitarlo e i rimedi da attuare contro di esso — e principalmente fra questi l'iniezione intracardiaca di adrenalina —, descrive un caso personale, in cui, non avendo potuto praticare detta iniezione, riuscì a vincere con rapidità lo stato sincopale mediante un'iniezione endovenosa di « Lobelina », per cui raccomanda tale metodo. Ritiene il proprio caso primo nella letteratura.

Rivoli, agosto 1931.

BIBLIOGRAFIA.

R. DORIA, G. CESARI. *Il pneumotorace terapeutico.* L. Pozzi, edit., 1928.

G. BONANNO. *Grave sincope da rifornimento pneumotoracico superato con doppia iniezione intracardiaca di adrenalina.* Policlinico, Sez. Prat., 14-VII-1930. (N. B. In questa memoria si trova ricordata la letteratura sull'argomento).

SEMEIOTICA.

Statica mediastinica e statica laringea nella tubercolosi polmonare.

Gli intimi rapporti esistenti fra il condotto laringo-tracheale e gli organi toracici fanno sì che, spesso, alterazioni morbose a sede endotoracica determinino particolari modificazioni della statica e della mobilità della laringe, sicchè l'esame laringoscopico non dovrebbe mai essere omesso nei tubercolosi, anche se fanno difetto segni subbiettivi o disturbi funzionali a carico della laringe.

È merito di Bilancioni l'avere richiamato l'attenzione sulle modificazioni dell'equilibrio, statico e dinamico della laringe che si manifestano in rapporto con processi morbosi del torace e specialmente in seguito ad interventi sul frenico.

G. Luzzatto-Fegiz (*Il Valsalva*, giugno 1931) ha studiato la statica laringea in circa 500 infermi per tubercolosi ed ha osservato che è frequente nelle forme croniche della tubercolosi pleuro-polmonare la presenza di torsioni od inclinazioni laringee, che corrispondono a deformazioni della trachea in rapporto con retrazioni pleuro-polmonari. Le torsioni ed inclinazioni più forti della laringe si osservano nei processi basilari accompagnati da attrazione mediastinica od obliquità della trachea. Invece sono poco rilevanti nelle sclerosi e nelle lesioni fibro-ulcerative dei lobi superiori.

L'osservazione ha importanza pratica anzitutto per la diagnosi di tubercolosi polmonare con retrazione mediastinica, la quale altrimenti non è diagnosticabile che con l'esame radiografico.

Di fronte a torsioni laringee notevoli contrastanti con la scarsità di segni di retrazione toracica e mediastinica, si dovrà pensare a processi fibro-retrattili polmonari o pleurici localizzati alla base polmonare. Un certo valore hanno anche i disturbi circolatorii della laringe ritorta od inclinata, in quanto che lo stato di abnorme replezione sanguigna di alcune sue parti, che si manifesta in genere come arrossamento, può far supporre l'esistenza di processi specifici iniziali che, in realtà non esistono. *fil.*

CASISTICA.

Asma ed adenopatia tracheo-bronchiale tubercolare.

Sulle relazioni che passano tra asma e tubercolosi, e sulla dipendenza dell'una dall'altra forma vi è una estesa letteratura, ma senza che vi sia unità di vedute. Di questi rapporti C. De Murtas (*Tubercol.*, f. IV, aprile 1931) riferisce largamente, ed anche ampiamente tratta dei rapporti tra asma ed adenopatia tracheobronchiale, e dei mezzi usati per stabilire se vi sia realmente un fattore comune alle due affezioni. Egli ha preso in esame un numero notevole di bambini, 68, i quali presentavano accessi di asma. In tali infermi, di varia età, è stata praticata la reazione cutanea alla tubercolina, ma soltanto in 8 tale reazione fu positiva. In tutti questi casi fu ricercato sia clinicamente sia radiologicamente se vi fossero segni di adenopatie tracheo-bronchiali, e tale sospetto fu confermato.

Dalla bassa percentuale di casi positivi si può risalire ai rapporti invocati tra asma e tubercolosi, e tra asma ed adenopatia tracheobronchiale tubercolare, e dal complesso delle opinioni sull'argomento, come dall'osservazione dei casi clinici si può stabilire una certa indipendenza tra le due forme. Anche quando esiste un'adenopatia tracheo-bronchiale e cutireazione positiva in uno con accessi asmatici, le due lesioni devono essere considerate a sè, senza una sicura diretta relazione, ma possono coesistere senza un unico e costante rapporto di causa ad effetto. L. CARUSI.

Durata dell'infiltrato precoce e del suo sfacelo.

Fino a poco fa, quando si constatavano in un paziente focolai tubercolari molto estesi o caverne polmonari, si ammetteva che la tubercolosi fosse durata per anni. Oggi si deve riconoscere che tale supposizione è errata, che focolai molto estesi e cavità si possono sviluppare anche nello spazio di pochi mesi. Cinque casi osservati da K. Siegfrid (*Ztschrift. f. Tuberkulose*, n. 12, 1930) dimostrano in modo indubbio che l'infiltrato precoce, rispettivamente i processi di sfacelo che ne derivano si sviluppano in pochi mesi. R. Pollitzer.

Contributo alla conoscenza clinica e radiologica della cosidetta tifo-bacillosi nell'infanzia.

Il concetto originario di Landouzy, secondo il quale la tifobacillosi corrisponderebbe ad una setticemia tubercolare primitiva, è oggidì scosso per il fatto che, assai di frequente, in istati simili, è possibile rilevare segni clinici e radiologici a carico del polmone.

Inglima (*La pediatria del medico pratico*, febbraio 1931) descrive tre casi, studiati in piccoli bambini, e decorrenti col quadro caratteristico della tifo-bacillosi.

In tutti e tre, radiograficamente, si mise in evidenza un infiltrato peri-ilare, il quale non dava segni dal punto di vista clinico.

M. Faberi.

TERAPIA.

Il trattamento delle emottisi tubercolari.

G. Caussade e A. Tardieu (*Rev. de méd.*, aprile 1931) respingono la vecchia teoria secondo cui le emottisi sarebbero dovute a congestione polmonare e ritengono che esse siano invece da attribuirsi a lesioni di vasi di vario calibro. Sulla base di questa ipotesi, gli AA. dividono le emottisi in leggere, abbondanti e ripetute.

All'inizio, sono da prescriversi l'assoluto riposo e la restrizione della dieta che deve essere ridotta all'ingestione di poca quantità di liquidi caldi; la somministrazione di bevande fredde, il far succhiare del ghiaccio, le applicazioni locali del freddo che un tempo erano tanto in voga sono invece dannose. Per la sua azione sedativa ed indiretta sul cuore, si somministrerà della morfina a dosi frazionate da 1/4 a 1/2 cm. ripetute 2-3 volte nelle 24 ore. Nella maggior parte dei casi, tale trattamento è sufficiente. Quando invece si tratti di casi più gravi, si adotteranno altre misure. Utili sono i medicamenti vaso-dilatatori, fra cui il nitrito d'amile è quello di azione più rapida ed efficace; risponde bene, però anche la trinitrina.

Le emottisi gravi possono essere trattate mediante la compressione (pneumotorace), i vaso-dilatatori ed i coagulanti. Fra questi, i più efficaci sono l'estratto del lobo posteriore della pituitaria ed il siero di coniglio (*anthema*); sono pure consigliabili il cloruro di calcio e la pectina. Discutibile è il valore dell'emetina.

Nei casi in cui nonostante che l'emorragia sia leggera è prevedibile un esito rapidamente fatale, i coagulanti sono inutili, mentre si daranno l'etere canforato per iniezioni, la stricnina, l'adrenalina o l'efedrina. *fil.*

Il bromuro di acetilcolina nei sudori dei tubercolotici.

Il campo terapeutico dell'acetilcolina si allarga sempre più; la sua azione vasodilatatrice è utilizzata negli spasmi arteriosi (arteria centrale della retina, malattia di Raynaud, sindrome di claudicazione intermittente, crisi gastriche della tabe, coliche saturnine); la sua azione ipotensiva è specialmente utilizzata nella ipertensione dei giovani.

Da circa un paio d'anni è stata proposta da Roger Even l'uso dell'acetilcolina nei sudori dei tubercolotici, nei quali però essa agisce non semplicemente col meccanismo di vasodilatazione o di leggera ipotensione, ma aumentando l'imbibizione dei muscoli.

M. Perrin e M. Kuntz (*Paris médical*, 23 maggio 1931) riferiscono le loro esperienze in proposito. Essi danno, generalmente, dell'acido canforico, alla dose di 50 cg., per 1-2 giorni, aumentando ad un grammo se l'effetto non si produce, entro 4-5 giorni. Nei malati, che rimanevano ribelli a questo rimedio, hanno somministrato il bromuro di acetilcolina, in iniezioni di 2-4 centigrammi, praticate un paio d'ore prima della consueta comparsa dei sudori. In generale, tre iniezioni, a tre giorni di intervallo, hanno dato risultati soddisfacenti (spesso bastavano 1-2).

Su 10 malati così trattati, 3 hanno ottenuto una diminuzione leggera delle traspirazioni, e negli altri 7, il risultato è stato notevolissimo; l'effetto dura per 3-4 settimane, dopo di che si deve ricominciare la somministrazione.

Nessun inconveniente è stato notato, la secrezione renale, al pari delle altre funzioni, rimane integra. *fil.*

MEDICINA SOCIALE.

Tecnica e dati sulle indagini nelle vicinanze dei dispensari tubercolari della città.

Landau di Magdeburgo (*Ztsch. f. d. Tuberkulose*, Bd. 60, Heft 5-6, 1931) riferisce sulle indagini praticate nelle grandi città allo scopo di rintracciare i tubercolosi che, non curati, confondendosi con i sani, rappresentano un pericolo gravissimo per chi li circonda.

Queste ricerche si possono eseguire seguendo due vie diverse: ricerca del malato partendo dal focolaio d'infezione, o ricerca del focolaio partendo dal singolo caso osservato.

Per praticare queste ricerche è necessario che il dispensario disponga della cooperazio-

ne di ospedali, scuole, altri dispensarii e, persino dei posti di polizia.

In genere si procede così: stabilito un caso di malattia, s'invitano per mezzo delle addette al dispensario tutti i parenti del malato a venire a presentarsi: naturalmente spesso essi rifiutano ed allora il medico userà tutti i mezzi coercitivi che ha a disposizione: si minaccerà ad es. di far sospendere il sussidio di disoccupazione, o si negherà la somministrazione gratuita di medicinali e di denaro, se la famiglia insiste a non farsi visitare. Naturalmente questi stessi mezzi possono essere utilizzati come promesse allo scopo di attirare le persone che si cerca di visitare.

Si ricorre agli Istituti di Assicurazione, ai comitati di disoccupazione, alla polizia: con la cooperazione di questi enti, poche persone riescono alla fine a sfuggire all'inchiesta.

Il metodo consiste nell'esaminare attentamente il malato, e nel praticare poi un accurato esame anche di quelli che lo circondano: se è possibile, saranno prese delle radiografie, ma queste vanno sempre associate all'esame clinico.

Quando si segua il metodo inverso, che va dal malato alla fonte della malattia, si parte dal soggetto infettato che generalmente si presenta spontaneamente oppure è inviato da qualche medico: quando si tratta di bambini o di poppanti, si esamini tutto il personale di assistenza, se si tratta di giardini di infanzia ecc. o le balie a cui, se non si presentano, sarà tolta la licenza di allattamento.

Basandosi sulle ricerche di Blumenberg che trovò un'alta percentuale di t.b.c. intestinale primitiva nelle sue sezioni, si è stabilito che, ad ogni reperto analogo il materiale debba essere consegnato all'Istituto Batteriologico per veder se si tratta di tipo umano o bovino: contemporaneamente è avvertito il Dispensario che provvede a visitare i membri della famiglia e sopratutto le datrici di latte; se tale ricerca è negativa, si invia all'Ufficio d'Igiene per l'esame il latte di quel dato negoziante.

A facilitare questo complesso lavoro di ricerche il Dispensario possiede delle grandi e particolareggiate piante della città, dove con segni convenzionali sono indicati i punti in cui si trovano elementi isolati o focolai di malattia: questo sistema (adottato per la malaria nella campagna Romana: *N. d. R.*) permette un rapido orientamento.

I risultati di queste ricerche su vasta scala variano a seconda dei concetti con cui sono condotte; particolarmente fluttuante è la concezione della « necessità di sorveglianza, con cui si sogliono etichettare quelli che circondano il malato e sono, a giudizio del medico, sospetti.

Daltra parte la sorveglianza dei focolai e degli ambienti vicini deve essere assai prolungata: da un focolaio nascono continuamente altri focolai e si creano nuovi tubercolosi: e quindi essa sarà protratta anche dopo la morte del tubercoloso che per il primo fu osservato e che dette l'impulso a tutte le ricerche.

Se l'attuazione di un accurato censimento radiologico della intera popolazione (Braenning) non è praticamente attuabile, per lo meno queste ricerche sistematiche lo sono, e porteranno i loro frutti.

V. SERRA.

VARIA.

La sintomatologia polmonare dei fumatori.

Il vizio del fumo, rileva Hildebrandt (*Münch. Medic. Woch.*, 27 marzo 1931), ha assunto in questi ultimi anni una diffusione enorme: basta per convincersene dare uno sguardo alle statistiche delle Regíe dei Tabacchi nelle varie Nazioni.

Che il fumo sia dannoso alla salute non v'è dubbio, ma bisogna distinguere: nei fumatori che non aspirano il fumo, « fumatori di bocca » come li chiama l'A., tutto il danno si riduce ad uno stato di leggera infiammazione della faringe e dei piccoli bronchi.

In coloro che aspirano il fumo invece il danno si propaga fin negli strati più profondi della parete bronchiale, nei suoi vasi, nervi e muscoli non striati; senza contare il danno prodotto sul sistema nervoso centrale, conseguenza questa del maggior assorbimento di nicotina.

Si possono distinguere, secondo l'A., tre tipi di disordini respiratori determinati dall'aspirazione del fumo:

a) una *bronchite cronica* prodotta dall'azione irritante della nicotina sulla mucosa bronchiale: all'ascoltazione si nota presenza di rantoli a piccole e medie bolle percepibili, invitando il paziente a tossire, su tutto l'ambito polmonare. Una bronchite cronica con decorso afebbrile in un fumatore deve far pensare ad una tipica bronchite da fumo;

b) un *bronco-spasmo* del tutto simile ad un'asma bronchiale con espettorato scarso e vischioso. Il polmone in questi casi si presenta più o meno enfisematoso;

c) una *flaccidità bronchiale*, cioè mancanza di elasticità delle pareti bronchiali. Si ha l'impressione ascoltatoriamente che i bronchi dilatati e paretici cedano facilmente alla pressione di un piccolo colpo di tosse.

Fra le numerose sensazioni obiettive che disturbano il fumatore, la più comune è la sensazione di oppressione al petto, accompagnata dalla tosse e dall'espettorato: si pensa subito alla tubercolosi, ma esclusa questa, non si sa se attribuire la sensazione di oppressione al petto ai disordini respiratori o ad un disturbo tossico delle coronarie.

La cura è semplice: astinenza completa dal fumo, chè le mezze vie non danno mai buoni risultati.

G. LA CAVA.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XXXII. - Quando è necessaria la ricetta del medico per la spedizione dei medicinali.

Se ne è discusso molto e in vario senso. È necessaria sempre la ricetta del medico. È da fare eccezione per la vendita dei medicinali di uso comune e innocui, perchè sarebbe eccessivo imporre *in ogni caso*, la prescrizione del medico.

La ricetta è prescritta soltanto per i veleni e per le sostanze stupefacenti. Di questa varietà di opinioni estreme o temperate è facile trovare traccie frequenti anche nella giurisprudenza.

Non vogliamo riesaminare ora la questione, tanto più che, come si vede, la legge è così poco chiara che sono possibili più risoluzioni, tanto diverse. A noi sembra che siano dà respingere quelle rigidamente estreme. Ma vogliamo ora segnalare la sentenza della Cassazione penale 31 ottobre 1931, ric. Diprima. È la più recente ma non è certo che sia l'ultima e definitiva risoluzione.

Ha dichiarato, dunque, la Cassazione che la prescrizione del medico, cioè la c. d. ricetta, è necessaria soltanto per la vendita dei veleni e delle sostanze stupefacenti.

Può interessare la parte sostanziale della motivazione.

L'art. 61 del Testo Unico delle leggi sanitarie prescrive che « i farmacisti devono conservare copia di tutte le ricette e, quando spediscono veleni dietro ordinazione dei sanitari, debbono conservare le ricette originali notandovi il nome della persona cui furono spedite e dandone copia all'acquirente che la domanda ».

L'art. 48 del regolamento 13 luglio 1914, n. 829 dispone: « Le ricette cu si riferisce l'art. 61 del T. U. dovranno essere firmate da un medico-chirurgo o veterinario, e quando contengono prescrizione di materie velenose, anche in minima dose, questa deve essere segnata in tutte lettere ».

L'una e l'altra delle norme predette presuppongono (dice la sentenza) la esistenza materiale di una ricetta, si riferiscono cioè allo stato di fatto dell'esistenza di una ricetta e lasciano impregiudicata la questione se essa sia o no necessaria.

Tale questione non è risolta in *via assoluta* dalla legislazione.

« Espressamente prescritto l'obbligo della ricetta medica, è solo per gli stupefacenti; per questi lo dispone l'art. 3 della legge 18 febbraio 1923, n. 396. Per i veleni tale obbligo si desume dagli art. 61 e 48 sopra indicati.

Le due prime disposizioni sono riportate nell'art. 49 del citato regolamento: « qualora il farmacista nello spedire veleni sopra ordinazioni di medici-chirurghi in conformità a quanto è disposto nell'art. 61 del testo unico delle leggi sanitarie, riconosca in una ricetta la prescrizione di sostanze velenose a dosi non medicamentose e pericolose, deve esigere che il medico-chirurgo dichiari per iscritto sulla ricetta stessa che la somministrazione è sotto la sua responsabilità ed a quale uso deve servire ».

Che la ricetta medica sia richiesta anche per la spedizione di veleni è stato confermato dall'autorevole parere del Consiglio di Stato, il quale, nell'adunanza generale del 18 settembre 1928, ha detto « che la ricetta medica sarà necessaria nei due casi succennati, cioè per gli stupefacenti e per la spedizione di veleni, ma in generale, per mancanza di esplicita norma di legge, non è necessaria, nè si potrebbe forzare l'art. 67 per portarlo a sancire in una forma così vaga e indiretta un obbligo così grave ed assoluto ».

Nel caso deciso dalla Corte di Cassazione è stato dichiarato che non è necessaria la ricetta per la spedizione della resorcina e del permanganato di potassio.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Consiglio Nazionale dei medici fascisti.

Il terzo Congresso, e primo Consiglio Nazionale, del Sindacato nazionale fascista dei medici, si è tenuto in Roma dal 22 al 24 novembre.

L'inaugurazione.

Il convegno fu solennemente inaugurato alla presenza del Capo del Governo, nell'Aula Senatoriale del Campidoglio.

Autorità e rappresentanze.

Alla seduta inaugurale sono intervenute, oltre ai delegati delle 92 organizzazioni provinciali e alle rappresentanze di enti e di istituti medici e scientifici, numerose autorità politiche, del partito, sindacali e cittadine, tra cui l'on. Giuriati, l'on. Arpinati, l'on. Alfieri, il Prefetto, il rettore magnifico on. De Francisci; i sen. Maragliano, Simonetta, Guaccero, Versari; gli on. Bodrero, Nicolò Castellino, Perna, Ermanno Fioretti; l'Accademico De Blasi; il clinico dell'Ateneo napoletano prof. Pietro Castellino; i proff. Ottolenghi, Visco per il prof. Marpicati, Frugoni, Truffi, Lang per i medici di Trieste, Ilvento per la Sanità pubblica; magg. gen. Riva pel Ministro della Guerra; gen. medico Falso per il Ministero della Marina; magg. Rellini per l'Aeronautica; prof. D'Ormea per l'Opera Naz. Maternità ed Infanzia; i consoli medici Liebmann e De Prato per la M. V. S. N.; dott. Midulla per l'on. Ricci; dott. Cazzella per il Sindacato Naz. Veterinari; dott. Bocchetti per la Federazione della Lotta Antitubercolare; dott. Lusignoli per i medici condotti; dott. Berardelli per il Sindacato Farmacisti; il G. U. F. con a capo il dott. Gatto. Erano pure presenti: il conte D'Ancora, vice-governatore di Roma; il prof. Pecori, direttore dell'Ufficio d'Igiene del Governatorato; il dott. Fiumicelli per l'Associazione Mutilati; il prof. Vinai e il comm. Rebucci per la Federazione Idrotermale; ecc.

Il Duce giunse accompagnato dall'on. Arpinati. Atteso dal Governatore di Roma principe Boncompagni-Ludovisi e dall'on. prof. Morelli, il Capo del Governo entrò nel salone accolto da tutta l'assemblea in piedi, plaudente. La manifestazione si protrasse con evviva al Duce ed al Fascismo. Mussolini va a sedere alla Presidenza con ai lati il Governatore di Roma, l'on. Bodrero e l'on. Morelli.

I discorsi.

Si leva prima a parlare il Principe Boncompagni-Ludovisi, Governatore di Roma, il quale dice di recare col più vivo compiacimento il saluto augurale dell'Urbe a quanti sono convenuti a questo Congresso. Una delle caratteristiche più spiccate, nell'attuale civiltà e nel progresso moderno, è nel campo della scienza questa: che la medicina non si limita a curare ed a difendere l'individuo, ma si preoccupa anche di saper curar la società. E infatti più le Nazioni progrediscono, e più sorge la preoccupazione di curare la razza, e ormai non si può più concepire un progresso civile e morale d'un popolo, senza un corrispondente miglioramento dello stato della pubblica sanità. In questa lotta, in questa azione squisitamente umana e civile per il benessere della razza, l'Italia, grazie al Fascismo e al suo Duce, è ai primissimi ranghi fra tutte le Nazioni del mondo. Chiude affermando che Roma considera gli attuali congressisti fra i più validi collaboratori del Fascismo, e mentre invia un saluto reverente e riconoscente ai loro grandi precursori e Maestri, formula l'augurio che i lavori del Congresso contribuiscano a far vincere all'Italia, nel campo anche della medicina, la lotta intrapresa per la civiltà.

Il presidente della Conf. Naz. Sindacati Fascisti Professionisti e Artisti, on. Bodrero, dopo aver rilevato che troppo l'opera del Fascismo è aderente alla realtà delle cose, esprime al Duce la profonda gratitudine dei medici italiani, i quali, attraverso le provvidenze del Regime, sono stati chiamati a collaborare all'opera più fattiva e feconda che il Regime compie nella Nazione italiana. Essi confermano qui, a suo mezzo, la loro solenne promessa di continuare a servire il Regime, l'Italia, il Duce con fedeltà ed onore.

Il discorso del prof. Morelli.

Il Commissario della Federazione Sindacati Medici, on. prof. Morelli, dopo avere espresso la esultanza dei medici d'Italia nel poter dimostrare la loro devozione ed il loro profondo affetto al Duce, così dice: « Io penso, che se tutti i buoni Vi ammirano e Vi amano per il bene che al popolo apportate, nessuno può ammirarVi ed amarVi, come il medico che nel popolo scende ogni momento, che il popolo sente nel dolore e nella gioia, nella benedizione e nella ribellione, come colui che nei momenti di dolore, quando la finzione non esiste, avverte che l'animo del popolo vive con Voi, per Voi palpita, per Voi esulta ».

L'oratore afferma che oggi i medici italiani sentono che, se è vero che grande medico è colui che sa prevenire le malattie e lenire i dolori, il più grande dei medici è il Capo del Governo Fascista.

« Quale mente medica — continua l'on. Morelli rivolgendosi al Capo del Governo — può avere salvate tante vite quante Voi, elevando il tenore di vita degli umili e porgendo aiuto nel momento del bisogno? Quale malariologo ha salvate tante vite quanto Voi con le bonifiche? Quale grande tisiologo ha salvate tante vite quanto Voi con la più grande legge igienica esistente, quella dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi? Quante vite avete salvato con gli acquedotti in ogni regione distribuiti e con gli ospedali che ovunque sorgono? Con le colonie marine, fluviali e campestri? E con lo sport intelligente?

E tanto nell'animo Vostro sentite il bene che ne deriva, che avete volute tutte queste grandi opere assistenziali affidare al Fascio, perchè a lui le benedizioni del popolo potessero giungere.

Perciò il medico sente in Voi il Maestro e la guida sapiente e Vi ammira e Vi segue. Quale grande medico più di Voi sa lenire i dolori degli umili, di Voi che a tal fine tutte le forze della Nazione convogliate? Noi sentiamo l'umile che Vi adora e da Voi tutto attende: l'umile che nella sofferenza pensa a Voi come alla Giustizia stessa; l'umile fiducioso al punto che Vi scrive dal letto del dolore e attende ed ottiene risposta.

Non più un Governo che vuol dimenticare il sofferente perchè rappresenta la sua colpa, ma un Governo che il dolente cerca per dargli sollievo. E perciò dalla miseria non più il ribelle sorge, ma colui che a Voi si rivolge come l'assetato alla fonte, come il cieco al sole, come il fedele a Dio.

I medici che al letto del dolore tali sentimenti sentono, profondamente Vi amano e con Voi amano il Fascismo ».

L'oratore prosegue rilevando che con tali sentimenti i medici si sono raccolti nei Sindacati in numero di ben 18.000. Essi sanno che ben diversa è la funzione dei Sindacati medici da quella degli altri Sindacati. Non mestiere o professione la società da essi pretende, ma missione e apostolato.

L'oratore, entrando ad esporre le condizioni economiche del medico, rileva che ogni anno escono dalle nostre università quasi mille medici più del fabbisogno. L'oratore annunzia che con l'aiuto delle Autorità confederali e per la dedizione dei Sindacati provinciali, si è potuto realizzare un vivissimo desiderio della classe, istituendo una cassa di previdenza, che come primo versamento ha già lire 500.000. Vi è fondata speranza di ritenere che ogni anno si potranno introitare almeno 300.000 lire per la previdenza, e base di tale finanziamento sarà il giornale del Sindacato, attraverso i suoi abbonamenti. E per la stessa ragione di difesa economica il Sindacato sta studiando il problema delle mutue sanitarie, come l'altro della invalidità e vecchiaia. L'on. Morelli accenna poi a un importantissimo tema che sarà oggetto di esame da parte del Congresso: quello delle specialità medicinali, argomento grave, che i medici vogliono affrontare per la loro dignità e per l'economia nazionale. È noto che per i prodotti chimici e per i medicinali in genere centinaia di milioni vanno all'estero: ora — ha affermato l'oratore — ritengo colpevole il medico che, potendo usare medicinali o specialità italiane della stessa virtù terapeutica, propina specialità estere. Che un ammalato, nella speranza di guarire, ricorra a più o meno grandi medici d'oltr'alpe è ben comprensibile, ma che i medici coltivino e consiglino tale tendenza è inammissibile. La patria dei grandi chirurghi, la patria del maestro della tubercolosi, la patria di Forlanini non merita tale oltraggio. L'on. Morelli termina ricordando tutto il bene che il Capo del Governo prodiga specialmente alle classi umili e sofferenti della Nazione e ha così concluso: « Possano, o Duce, le lagrime degli umili asciugate essere rugiada che mantenga il bene a Voi per la grandezza della Patria, alla Vostra Famiglia, per la Vostra felicità ».

L'ispirato discorso del prof. Morelli è coronato da una prolungata ovazione che si rinnova allorchè sorge a parlare Mussolini.

L'on. Mussolini.

Ristabilitosi il silenzio ha preso la parola il Capo del Governo, il quale ha espresso il proprio elogio ai medici italiani per quanto fecero durante la guerra e per l'opera che essi svolgono in seno alla Nazione italiana. Egli ha ricordato che il Governo Fascista, preoccupato dei problemi della razza, ha cominciato col migliorare l'attrezzatura tecnica della facoltà di medicina ed ha quindi iniziato una grande serie di realizzazioni legislative, tutte dirette al bonificamento della razza italiana, realizzazioni che vanno dalla bonifica integrale al risanamento dei quartieri antigienici delle grandi città, dall'Opera Maternità e Infanzia alla legge sull'assicurazione contro la tubercolosi.

Il Capo del Governo ha detto che i medici possono servire il Regime nel loro specifico campo professionale, nel campo morale ed anche nel campo economico. Essi possono correggere, col prestigio di cui meritamente godono, talune delle storture e dei pregiudizi della civiltà contemporanea e contribuire potentemente allo sviluppo di una sana e forte razza italiana. Infine ha pregato i presenti di portare ai medici di tutta Italia l'espressione della sua più salda simpatia.

Il discorso del Capo del Governo, che è stato più volte interrotto da calorosissimi applausi, viene alla fine salutato da una nuova grandiosa ovazione, che si fa ancora più vibrante e più entusiastica quando il Duce lascia la sala.

I lavori.

Si sono tenuti nell'Aula Magna della Sapienza.

La seduta antimeridiana del 22 novembre fu presieduta dall'on. Morelli, fiancheggiato dal sen. Simonetta, commissario del Sindacato Provinciale, e dal dott. Cazzella, segretario amministrativo.

L'on. Morelli manifesta la esultanza propria condivisa da tutti i congressisti per la riuscita magnifica della seduta inaugurale onorata dalla presenza del Capo del Governo, il cui discorso verrà raccolto in fascicolo ed inviato a tutti i medici d'Italia. L'assemblea plaude alla proposta con alalà al Duce.

L'attività dell'organizzazione.

L'on. Morelli espone, quindi, la relazione morale della Federazione, rilevando come suo primo atto sia stato quello di sviluppare la Cassa di Previdenza del Sindacato e di por fine ad una indecorosa polemica sulle specialità medicinali, polemica che riverberava una luce fosca sulla intiera classe sanitaria. Si sofferma ad esaminare gli sviluppi futuri della Cassa di previdenza istituita con capitale iniziale di mezzo milione, somma questa che verrà integrata dai proventi costituiti dagli abbonamenti al giornale di classe e da altre provvidenze in via di attuazione.

L'oratore s'intrattiene poi sul giornale « La Federazione Medica », organo del Sindacato e degli Ordini.

L'oratore si addentra ad analizzare ed illustrare le varie proposte, che si riferiscono alla Previdenza ed invita l'assemblea ad emettere in proposito il proprio giudizio.

La relazione dell'on. Morelli è accolta da nutriti applausi.

Alla discussione ampia animata interessante che segue, partecipano con notevoli discorsi illustrando proposte varie il sen. Guaccero che informa l'assemblea dell'opera compiuta dalla Commissione nominata dagli Ordini per la trasformazione del giornale; il senatore Simonetta e numerosi oratori che esprimono plausi all'opera dell'onorevole Morelli; e le dichiarazioni dei dottori Alzona e Lusignoli tendenti a riaffermare i vincoli di fratellanza dei medici condotti con tutti gli altri medici sindacati: esse danno luogo ad una vibrante manifestazione di entusiasmo.

Nella seduta pomeridiana, presieduta dall'on. Morelli, viene dal dott. Cazzella, segretario ammi-

nistrativo, comunicata all'assemblea una lettera del Ministro delle Finanze, il quale assicura di tener presenti, colle migliori disposizioni, per il trattamento di quiescenza, i desiderata dei sanitari.

Specialità medicinali e stazioni idroclimatiche.

Il prof. Baslini del Consiglio Nazionale delle Corporazioni comunica un suo ordine del giorno che reca anche le firme dell'on. Bodrero e dei dott. Ruggeri e De Dominicis, ordine del giorno presentato a quel Consesso e che suona così:

« La Corporazione delle professioni libere e delle arti, considerata l'importanza che l'industria chimico-farmaceutica ha assunta nel campo della complessa attività industriale nazionale, dando luogo a valutabili correnti di importazioni ed esportazioni che hanno peso sulla bilancia dell'economia nazionale; considerata la necessità di una sempre maggiore affermazione di quella industria, particolarmente nell'interesse della salute pubblica; fa voti che, attraverso opportune iniziative di tutte le branche interessate, sia meglio valorizzata in casa nostra la produzione nazionale chimico-farmaceutica nei confronti di quella straniera che, per viziato preconcetto del pubblico, trova facile campo alla infiltrazione, incidendo sul vivo della nostra economia ».

L'on. Morelli, quindi, espone una dettagliata relazione sulle specialità medicinali. L'oratore rileva che, purtroppo, dall'estero entrano in Italia per centinaia di milioni di specialità medicinali; molte delle quali potrebbero essere sostituite da prodotti italiani, il che incide notevolmente sulla bilancia commerciale.

L'oratore accenna poi all'altro grave inconveniente di cui si rendono colpevoli alcuni medici, quello, cioè, di far affluire clientela italiana nelle case di salute all'estero consigliando anche i malati a farsi operare da chirurgi stranieri, i quali non hanno nulla di superiore a quelli italiani.

Si occupa infine del problema idroclimatologico, strettamente legato a quello del turismo e delle stazioni di cura.

Disagio di classe.

L'oratore passa in ultimo ad occuparsi del disagio economico dei medici, della diminuzione delle visite dovuta in parte alla prescrizione di specialità che abitua il cliente a non consultare il medico. Accenna, infine, agli ambulatori ove accorrono spesso non solo gli indigenti ma gli abbienti; raccomanda ai medici prov. d'impedire il funzionamento degli ambulatori non in regola colle leggi igieniche e la costruzione di quelli laddove non ne è sentità la necessità.

Anche gli ospedali non vanno esenti da critiche, specialmente quelli che hanno camere a pagamento, deviando così dalla propria missione, consacrata esclusivamente in favore dei poveri.

Comunque l'oratore vorrebbe che le camere a pagamento degli ospedali usassero una tariffa uguale a quella praticata nelle case di cura locali e che, specialmente nelle città, venisse dato, per l'esercizio sanitario, libero accesso negli ospedali ai liberi professionisti.

L'oratore termina sostenendo la necessità di rivedere le tariffe compilate in periodo inflazionistico e si dichiara contrario, intanto, a qualsiasi riduzione individuale di tariffa, poichè se la visita gratuita costituisce più spesso una carità, quella fatta a riduzione rappresenta una subdola concorrenza.

Nella discussione, che segue, interloquiscono svolgendo proposte varie i dottori Liebmann di Roma, Botti di Napoli, Patrone di Genova, Lo Giudice di Ancona, Lang di Trieste, Cipollino di Novara, Bobba di Varese, Pesce di Torino, Rini di Firenze, Pacelli di Livorno ed altri.

Il dott. Allegrini di Venezia ricorda un'ordine del giorno approvato fin dal 1928 sul contingentamento provinciale della professione medica.

Pletora medica.

La seduta antim. del 23 nov. è stata presieduta dall'on. Morelli; erano con lui alla presidenza l'on. Bodrero, Presidente della Confederazione Sindacati Fascisti Professionisti ed Artisti, i senatori Maragliano, Simonetta e Guaccero.

Prima di imprendersi la trattazione del tema sulle « Mutue sanitarie », si discute sulla questione della pletora dei Medici, che suscita giustificate apprensioni per lo stato di disagio che può recare alla categoria, nella quale si riversano ogni anno dalle Università mille medici più del fabbisogno. L'on. Morelli combatte la tendenza manifestatasi in altre professioni: quella, cioè, relativa alla chiusura dell'Albo, che è espressione di sfrenato egoismo, ed allorchè si dichiara recisamente contrario al cumulo degli stipendi, l'Assemblea lo applaude ripetutamente.

Il prof. Truffi di Padova richiama l'attenzione del Congresso sulla presenza di troppi studenti stranieri.

A questo punto si formulano varie proposte, tra le altre quella di portare a conoscenza del pubblico che la classe sanitaria è satura di medici e ciò per far diminuire le iscrizioni nella facoltà di medicina.

Discutono ancora sull'argomento i dottori Allegrini di Venezia, Porcelli di Livorno, Lang di Trieste, ed altri, dopo di che si delibera di demandare allo studio del Consiglio del Sindacato gli altri provvedimenti.

Relazione finanziaria.

Il dott. Ranaldi, anche a nome del sen. Guaccero, illustra la relazione finanziaria del Sindacato Nazionale; emergono le buone condizioni di esso.

Il dott Cazzella, segretario amministrativo, comunica che il bilancio preventivo dell'anno finanziario in corso — 1931-32 — è stato già approvato, sin dal 5 settembre 1931, dal Presidente della Confederazione e che — oltre al mezzo milione garantito per la creazione della Cassa di Previdenza — vi è un libretto, a parte, di risparmio, di lire ventiquattromila che comprendono le indennità di carica del Commissario Nazionale e le offerte volontarie pervenute da parte dei medici.

Mutue sanitarie.

L'on. Morelli annunzia che il metodo di mutua sanitaria, che egli andrà a proporre, corrisponde all'interesse dei medici, ed alla loro dignità, aumenterà la forza dei Sindacati, e più che tutto darà un utile nazionale, preparando il terreno alla futura assicurazione contro le malattie.

L'oratore esamina ed analizza i punti essenziali per formulare i concetti basilari su cui saranno informate le Mutue.

Il caposaldo più importante della relazione — che costituisce una novità, senza precedenti in Italia e all'Estero — è quello di avocare al Sindacato medico la parte sanitaria dei mutualisti. In sostanza non si dovrebbero nominare medici se non attraverso il Sindacato, che in tal modo assume la funzione di collaboratore delle Mutue e di vero custode degli interessi igienici e sanitari della Nazione.

L'oratore, che ha trattato il problema con grande passione, conclude sostenendo che il metodo da lui proposto apporterà sicuri vantaggi.

La chiara, importante ed esauriente esposizione dell'on. prof. Morelli, che ha tenuto avvinta per circa tre ore l'attenzione dei congressisti, è coronata da una prolungata ovazione.

Alla discussione generale partecipa primo l'on. prof. Amedeo Perna, il quale, interpretando il pensiero dell'intera classe medica italiana, plaude alla mirabile relazione dell'on. Morelli ed all'azione sociale delle Mutue a vantaggio delle classi lavoratrici.

Accenna al sistema della libera scelta che può portare al fallimento delle Mutue ed esalta il sistema genialmente escogitato dall'on. Morelli, sistema che può essere accettato incondizionatamente dalla classe perchè mentre garantisce una scelta obbligata reca indubbiamente immensi vantaggi.

Anche il discorso dell'on. Perna è vivamente applaudito.

La seduta di chiusura.

Nel pomeriggio del 23 nov. si sono chiusi i lavori del congresso.

Alla seduta di chiusura è intervenuto l'on. Alfieri, in rappresentanza dell'on. Bottai. Era anche presente il dott. Di Marzio, Segretario Generale della Confederazione Professionisti ed Artisti.

L'Assemblea ha nominato, per acclamazione, Segretario Generale il Commissario straordinario, on. prof. Eugenio Morelli, il quale si dice commosso della manifestazione di fiducia dei Delegati e quindi della Categoria dei Medici. Egli afferma d'esser lieto di poter dare il contributo della sua attività alla vita del Sindacato Nazionale, in un momento in cui la sua responsabilità è meno gravata dal compito della battaglia della tubercolosi, la quale è ora avviata alla sua vittoria.

Ringrazia l'on. Alfieri della partecipazione al Congresso; partecipazione che significa sicurezza di trovare nelle Alte Gerarchie corporative l'aiuto necessario alla brillante attuazione dei problemi vitali della Categoria, che egli ha intrapreso. Dopo avere inviato un saluto al Capo del Governo, che ha voluto onorare con la sua presenza l'inaugurazione del Congresso e che, nel suo memorabile discorso, ha voluto fissare le linee ideali, morali e patrie, entro cui deve svolgersi la missione del medico, ha proposto all'Assemblea la nomina dei Membri del Direttorio Nazionale, che viene approvata ad unanimità.

Risultano eletti S. E. De Blasi, l'on. Paolucci, il prof. R. Bastianelli, il prof. D'Alessandri, il prof. Valagussa, il prof. Ronzani, il senatore Versari, il prof. Gasbarro, il dott. Lusignoli, il prof. Serra, il dott. Nardelli.

Hanno parlato quindi il dott. Di Marzo e l'on. Alfieri, il quale ha portato il saluto del ministro on. Bottai. Si compiace che nell'assemblea sono stati trattati problemi, che troveranno la via sicura delle realizzazioni fasciste. Rileva che, con i problemi assistenziali della Previdenza e delle Mutue, sono stati discussi problemi di carattere tecnico, come quello delle specialità medicinali, che è stato anche affrontato nell'ultimo Consiglio Nazionale delle Corporazioni.

Prende atto della sincera ed entusiastica dimostrazione, che ha dato luogo alle elezioni del Segretario Nazionale. Constata che il Sindacato esce rafforzato considerevolmente dai lavori del Consiglio, per cui non ha un platonico plauso, ma entusiastico compiacimento all'incremento e all'opera fervida impressi. Vuole che l'aureola di prestigio che accompagna la professione del medico debba essere mantenuta ed accresciuta, in modo che la professione stessa prenda sempre più i caratteri di una missione. Vede con piacere che l'aspetto politico del Congresso ha avuto le sue giuste considerazioni, specie in rapporto alla solidarietà e all'opera di collegamento, che si può fare con i professori Universitari.

A nome dell'on. Bottai, assicura la più efficace simpatia per il Sindacato da parte del Ministro delle Corporazioni e della Confederazione, nei cui responsabili i medici troveranno sempre degli amici, che sanno accompagnare la loro fatica, dicendo che si renderà interprete presso il Capo del Governo dei sentimenti della classe medica, che sa mantenere le alte tradizioni della scienza medica italiana e sa essere collaboratrice di Benito Mussolini, gloria e splendore italiani.

L'assemblea, in piedi acclamò ripetutamente.

L'on. Morelli risponde all'on. Alfieri e ringrazia delle attestazioni di simpatia. Infine afferma che i Medici italiani sapranno esser degni delle prove di protezione da parte del Regime.

L'on. Morelli ha dato quindi lettura di alcuni importanti ordini del giorno, sui vari problemi che hanno occupato i lavori del Consiglio; essi vengono approvati. Così il Consiglio chiude i suoi lavori.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Ascoli Piceno. Per la frazione Venagrande. — Scadenza 20 dicembre. (V. precedente N. 48).

Bari. — Il Prefetto informa che il termine per la presentazione delle domande per il concorso ad ufficiale sanitario nel comune di Monopoli fissato pel 20 novembre è prorogato al 31 dicembre 1931.

Bari. — Scad. 21 dic.; per Palese e Macchie; rivolgersi Segreteria gen. del Comune, Sez. personale.

Barumini (*Cagliari*). — Scad. 15 dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; chiedere annunzio.

Bogliuno (*Istria*). — Scad. 19 dec.; con Valdarsa; L. 9000 e 4 quadrienni dec. più c.-v. e L. 4000 trasp.; riduz. 12 %

Bonarcado (*Cagliari*). — Scad. 31 dec.; L. 7480 oltre L. 410 uff. san., c.-v., 4 quinquenni dec.

Borgonovo Val Tidone (*Piacenza*). — Consorzio: Aiuto medico-chirurgo nell'Ospedale Civile e medico del Ricovero « E. Andreoli ». Stipendio annuo L. 8500 complessive, gravato delle trattenute di legge e della riduzione del 12 %. Domanda con documenti debbono pervenire entro il 15 dicembre alla Segreteria del suddetto Consorzio presso l'Ospedale Civile di Borgonovo Val Tidone. Per ottenere il bando di concorso e altre informazioni rivolgersi alla Segreteria suddetta.

CAGLIARI. *Comune.* — Medico chirurgo supplente; L. 6000 e c.-v.; 4 quinquenni dec.

CASTIGLIONE d'ASTI (*Alessandria*), — Stipendio L. 7.000 ed indennità mezzi di trasporto L. 2.500. Il tutto al lordo delle riduzioni RR. DD. 25-6-1927 N. 1159; 29-12-1927 N. 2672 e 20-11-930 N. 1490, nonchè delle ritenute Monte Pensioni ed inerenti. Domanda e documenti di rito alla Segreteria Municipale entro il 15 Febbraio 1932.

CIVIDALE. *Ospedale Civile del Friuli.* — Al 25 dic., ore 18; chirurgo primario; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dall'11 nov.; L. 7000 e 4 quadrienni dec.; c.-v.; deduz. 12 %; serv. entro 15 gg.

FOBELLO (*Vercelli*). — Consorzio Fobello, Cervasso, Rimella. Scadenza 31 dicembre 1931. (V. precedente N. 48).

FOGGIA. *Amministrazione Provinciale.* — Con avviso del 20 novembre il Preside dell'Amministrazione Provinciale informa che, causa errore materiale avvenuto nel bando di concorso del 5 agosto 1931, si rettifica: 1°) Il limite massimo di età per i concorrenti è di anni 45, salvo il disposto dell'art. 42 del R. D. 30 settembre 1922, N. 1290; 2°) I termini per la presentazione delle domande sono prorogati al 30 dicembre 1931; 3°) Rimangono valide tutte le altre condizioni del precedente avviso del 5 agosto 1931, che può richiedersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

FONDI (*Roma*). *Ospedale Civile.* — Chirurgo direttore e medico primario; rispettivam. L. 15.000 e 12.000; 4 quadrienni dec.; partecipaz. 20 %; età lim. 45 a.. al 14 nov.; tassa L. 50 al Tesoriere dell'Ospedale; dec. a 3 mesi. Scad. ore 12 del 31 dic. Chiedere annunzio.

FRASCATI (*Roma*). — Al 31 dic.; L. 9000 addizionali di L. 4 e di L. 5 oltre 1000 e 2000 poveri; c.-v.; 5 quadrienni dec.; riduz. di legge; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dall'11 nov.

LECCE. *Amministrazione Provinciale.* — Posto di coadiutore presso la Sezione Chimica del Laboratorio Provinciale d'igiene e profilassi. Scadenza ore 12 del 21 dicembre. (V. precedente N. 48).

LECCO (*Como*). *Sanatorio Istituto Vittorio Em. III.* — Assistente Volontario. Diritto a vitto ed alloggio. Inviare domanda titoli e documenti alla Direzione dell'Istituto non oltre il 15 dicembre 1931.

LUGO (*Ravenna*). *Ospedale Umberto I.* — Al 30 dic., ore 17; assistente della Sez. chirurg.; L. 3000 e 15 % proventi ambulatorio; deduz. 12 %; vitto e alloggio; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 12 nov.

PESCOLANCIANO (*Campobasso*). — Per la locale prima zona. Scadenza 15 febbraio 1932. (V. precedente N. 48).

RIETI. — Fino alle ore 18 del 31 gennaio 1932 A. X, è aperto pubblico concorso ai posti di *Direttore della Sezione Medico-Micrografica e della Sezione Chimica* di questo Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi, e a due posti di Vigili-preparatori presso le Sezioni stesse. Il concorso è per titoli e per esami a norma dell'art. 4 del R. D. 16 gennaio 1927, n. 155, e a termini del Regolamento per il Laboratorio Provinciale. Ai posti di Direttore è assegnato lo stipendio annuo lordo di L. 14.000, suscettibile di n. 4 scatti quadrien. di L. 700 ciascuno, oltre ad un'indennità di servizio attivo in ragione di L. 3576 annue e la temporanea indennità caro-viveri come per gli altri impiegati provinciali. Ai posti di Vigile è assegnato per ognuno il salario lordo di L. 6500, suscettibile di n. 5 scatti quadrien. di L. 300 ciascuno, oltre una indenn. di servizio attivo in ragione di L. 1040 annue e l'inden. c.-v.

Inoltre, potrà essere assegnato al personale tecnico del Laboratorio, in ragione del servizio prestato in ciascuna Sezione e in ciascun anno, un premio di operosità non superiore nel suo complesso al 50 % dell'introito netto totale per indagini e analisi d'interesse privato.

Gli stipendi, assegni e indennità sono soggetti alle ritenute regolamentari e alla riduzione del 12 % per il D. L. 20 novembre 1930, n. 1491.

I concorrenti dovranno far pervenire alla Amministrazione Provinciale entro il termine suddetto domanda su carta da L. 3, corredata dei seguenti documenti, regolari nel bollo e nelle legalizzazioni:

1) certificato di nascita da cui risulti che il concorrente non ha superato, alla data di questo avviso di concorso, l'età di anni 40 per i posti direttivi e di anni 30 per i posti di Vigile.

Il limite massimo di età non è prescritto:

a) per gli aiuto e gli assistenti di Facoltà di medicina e chirurgia presso le Università e gli Istituti d'istruzione superiore del Regno;

b) per il personale tecnico e per i vigili che, alla data del presente avviso, prestino servizio presso Laboratori d'Igiene e Profilassi dipendenti dallo Stato o da altri Enti pubblici, in base a regolare nomina conseguita per effetto di pubblico concorso;

c) per i Tecnici che, alla data predetta, prestino, anche per effetto d'incarico provvisorio, servizio ininterrotto da almeno tre anni presso Laboratori d'Igiene e Profilassi dipendenti dallo Stato o da altri Enti pubblici.

Detto limite massimo di età è elevato di cinque anni per gli ex-combattenti di cui all'art. 42 del R. D. 30-9-1922, n. 1290, e di 9 anni per gli invalidi di guerra, di cui all'art. 8 della legge 21-8-1921, n. 1312, e per i decorati al valore, di cui all'art. 17 del R. D. Legge 3-1-1926, n. 48;

2) certificato di buona condotta morale e politica;

3) certificato di immunità da condanne penali, per le quali non si può essere nè elettori nè eleggibili; oppure certificato di conseguita riabilitazione od amnistia;

4) certificato di cittadinanza italiana;

5) certificato di aver adempiuto agli obblighi di leva;

6) certificato di sana e robusta costituzione e di idoneità fisica. Gli invalidi di guerra dovranno presentare il certificato dell'Ufficiale Sanitario del Comune di residenza, di cui agli art. 14 e 15 del R. D. 29 gennaio 1922, n. 92.

L'Amministrazione si riserva il diritto di sottoporre ogni concorrente ad una visita di controllo;

7) diploma di abilitazione all'esercizio rispettivamente della professione di medico-chirurgo o diploma di laurea in medicina e chirurgia, ovvero di chimico o diploma di laurea in Chimica, in Chimica e Farmacia o in Chimica industriale, conseguito entro il 31-12-1924 o conseguito entro il 31-12-1925 da coloro che si trovassero nelle condizioni previste dall'art. 6 del R. D. 31-12-1923, n. 2909, per i concorrenti rispettivamente al posto di Direttore della Sezione Medico-Micrografica, oppure al

posto di Direttore della Sezione Chimica, giusta quanto è disposto dal n. 5 dell'art. 8 del R. D. 16-1-1927, n. 155. Tali diplomi dovranno essere esibiti in originale o in copia notarile;

8) certificato comprovante che il concorrente ha conseguito la licenza della 5ª elementare, *per gli aspiranti ai posti di vigile;*

9) quietanza rilasciata dal Cassiere della Provincia (Cassa di Risp. di Rieti) o vaglia postale intestato al Cassiere stesso, comprovante l'effettuato pagamento di L. 50,10 per tassa di concorso ai posti di Direttore e di L. 25,10 per i posti di Vigile.

I concorrenti potranno allegare ogni altro titolo o documento che riterranno opportuno presentare nel loro interesse, agli effetti della classifica in graduatoria. Tutti i titoli dovranno essere descritti in un elenco in doppio originale, uno dei quali resterà unito agli atti e l'altro sarà restituito al concorrente con dichiarazione di ricevuta. I certificati di cui ai n. 2, 3, 6 devono essere in data non anteriore di tre mesi a quella del presente avviso. La mancata presentazione o la irregolarità, anche formale, sia pure di un solo dei documenti sopraelencati, darà luogo alla esclusione dal concorso.

Ai concorrenti sarà partecipata con lettera raccomandata, diretta al domicilio indicato nelle rispettive domande, l'ammissione al concorso ed i giorni ed il luogo in cui si terranno le prove d'esame, le quali si svolgeranno secondo il programma e le norme generali stabilite dal Ministero dell'Interno per i posti direttivi. Per gli aspiranti ai posti di Vigili, il programma degli esami sarà comunicato tempestivamente agli interessati dall'Amministrazione Provinciale.

La nomina dei Direttori sezionali verrà fatta in via di prova per un biennio in base alla terna che verrà formata dalla Commissione giudicatrice, costituita a norma di legge.

Per i Vigili la nomina sarà fatta in base alla graduatoria di merito che sarà presentata dalla Commissione giudicatrice, costituita a norma dell'art. 24 del Regolam. speciale per il Laboratorio.

A parità di merito, si applicheranno le norme di cui allo art. 3 del R. D. 24 settembre 1923, n. 2073, nonchè quelle di cui all'art. 1 della Legge 6 giugno 1929, n. 1024.

I nominati dovranno assumere servizio entro trenta giorni dalla partecipazione di nomina; scaduto tale termine, saranno ritenuti senz'altro rinuncianti e l'Amministrazione potrà procedere alla nomina di altro concorrente o rinnovare il concorso.

I concorrenti potranno, durante le ore d'ufficio, prendere visione del regolamento organico e di servizio del Laboratorio, le cui disposizioni s'intendono senz'altro conosciute e accettate dai concorrenti per il solo fatto della loro partecipazione al concorso, salva sempre la facoltà riservata all'Amministrazione di modificare lo stesso Regolamento, quando lo ritenga necessario ed opportuno.

Rieti, 21 novembre 1931 - A. X.

Il Preside: A. Marinelli De-Marco.

Rimini — Scad. 31 dic., ore 12; per S. Giustina; L. 9000 e 10 ventesimi; per cavallo od autovettura L. 4000; addizionali di L. 3, 4 e 5 oltre il 18 % della popolaz.; deduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 6 mesi dal 19 nov.

Ruvo di Puglia (*Bari*). — Scad. 16 dec.; L. 9000 ridotte 12 %; 5 quadrienni dec.; c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Solofra (*Avellino*). — Scad. 10 gen.; L. 6500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1500 cavalc.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Trecenta (*Rovigo*). — Scad. 30 dic.; 1° reparto; L. 800 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; c.-v.; indenn. mezzi trasp.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

Venagrande. — (Vedi Ascoli Piceno).

Vercelli. *R. Prefettura.* — Ufficiale Sanitario per il comune di Trino e per il comune di Santhià. Per titoli ed esami. Stipendio L. 7000, più dieci aumenti biennali. Indennità di annue L. 3500 per Trino; per Santhià L. 2000. Consentito esercizio libera professione. Domande alla R. Prefettura corredate dei prescritti documenti entro il 10 gennaio 1931. Per chiarimenti rivolgersi alla Prefettura di Vercelli.

Concorsi a premi.

Per illustrare il funzionamento delle Colonie Marine, Montane ed Elioterapiche.

La Reale Società Italiana d'Igiene bandisce un concorso sul tema: « Illustrare il funzionamento ed i risultati di una colonia marina, montana o elioterapica in genere ». Il prof. P. Piccinini ha offerto, per questo concorso, L. 2000 da dividere in due premi uguali, intitolati rispettivamente Piccinini-Borromeo e Piccinini-Zoja, che verranno assegnati da una Commissione nominata dalla presidenza della Società. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla sede della Società, via Ospedale 3, Milano (105). Scad. 31 dicembre.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Al concorso di assistente medico-chirurgo negli Ospedali di Roma sono risultati i dottori: 1) Sebastianelli Antonio; 2) Biasiotti Marcello; 3) Pierantoni Luigi; 4) Pichi Carlo; 5) Franco Domenco; 6) Galletti Luigi; 7) Ruggeri-Nicola; 8) Michetti Giuseppe; 9) Liuzzo Giovanni; 10) Oberholtzer Alberto; 11) Maroncelli Pietro; 12) Cameo Guglielmo; 13) Morpurgo Attilio; 14) Scudieri Mario; 15) Ascarelli Ennio; 16) Sciacca Ferdinando; 17) Cairone Alfredo; 18) Fontana Mario; 19) Fontana Gaetano; 20) Tordini Gaetano; 21) Biondo Antonino; 22) Gandolfo Eugenio; 23) Ruggeri Felice; 24) Panagia Antonino; 25) Santopadre Carlo; 26) Giudici Alberto; 27) Coppola Mario; 28) Piazza Manlio; 29) Renzi Renzo; 30) Memmi Renato; 31) Primangeli Luigi; 32) Bellelli Paolo; 33) Mariani Mario; 34) Picardi Giovanni; 35) Giannuli Domenico; 36) Gianfriddo Salvatore; 37) Piperno Mario; 38) Galasso Italo; 39) Sciacca Beniamino; 40) Mancioli Giorgio.

L'Accademia delle Scienze di Parigi ha conferito varii premi, tra cui i seguenti: premio Chaussier di 10.000 franchi a Victor Morax per i suoi lavori di patologia oculare e visiva; premio Charles Bouchard di 5000 fr. a Serge Metalnikov; per la sua memoria sul compito dei riflessi condizionali e del sistema nervoso nell'immunità. Sul premio Montyon è stata assegnata una medaglia d'oro a Edoardo Perroncito, per l'insieme della sua opera scientifica.

NOTIZIE DIVERSE.

La partecipazione italiana alla 8ª Conferenza internazionale contro la tubercolosi.

Il Comitato esecutivo dell'Unione Internazionale contro la Tubercolosi, riunitosi a Parigi, ha fissato le ultime disposizioni per la VIII Conferenza internazionale contro la tubercolosi che avrà luogo all'Aja ed Amsterdam dal 6 al 9 settembre 1932, sotto la presidenza del prof. Nolen.

Si discuteranno i seguenti temi: 1) Rapporti tra allergia e immunità; relatore prof. G. Bordet, correlatore per l'Italia prof. D. Ottolenghi; 2) L'auroterapia, relatore prof. Saye, correlatore per l'Italia prof. F. Bocchetti; 3) La assistenza post-sanatoriale, relatore prof. Vos, correlatore per l'Italia l'on. prof. E. Morelli.

Si annunzia che a questa conferenza saranno rappresentate 42 nazioni e per l'occasione la Federazione Nazionale Italiana Fascista farà un'ampia documentazione di quanto il nostro Governo ha fatto per la lotta contro la tubercolosi.

Congresso internazionale sul reumatismo.

La Lega internazionale contro il reumatismo ha indetto il prossimo congresso a Roma-Montecatini dal 19 al 24 maggio 1932, sotto la presidenza del prof. Cesare Frugoni. Temi in discussione: « I sintomi iniziali del reumatismo cronico », relatori M. Kontchalowski (Russia), Maliwa (Austria), A. Mester (Polonia), S. Pisani (Italia); « Malattie reumatiche e tubercolosi », relatori G. Kahlmeter (Svezia), Kontchalowski (Russia), M. Ory (Belgio), C. Frugoni e C. Peserico (Italia); « Malattie reumatiche e lavoro », relatori G. Kahlmeter e C. Broberg (Svezia), G. Danischewski (Russia), L. De Munter (Belgio), L. Devoto (Italia). Sono anche ammesse comunicazioni libere. Si prevede che la data di convocazione sarà probabilmente rimandata ai primi di ottobre. Per qualsiasi informazione rivolgersi al segretario generale dott. J. van Breemen, Keizersgracht 489, Amsterdam, Olanda; od al segretario generale del comitato ordinatore, prof. Gino Meldolesi, R. Clinica Medica, Roma.

1° Congresso nazionale di medicina dello sport.

La Federazione Italiana fra Medici degli Sportivi, appartenente al Comitato Olimpico Nazionale Italiano, è stata autorizzata a indire il 1° Congresso nazionale di medicina dello sport nei giorni 19-21 aprile 1932. L'iscrizione è libera a tutti i medici d'Italia e Colonie: non comporta alcuna tassa per gli iscritti alla Federazione; per i non iscritti la tassa è di L. 25. Sarà quanto prima pubblicato il programma completo e sarà notificata la riduzione ferroviaria ottenuta. Tutti coloro che desiderano riferire su argomenti di medicina dello sport possono far pervenire il riassunto della comunicazione alla Segreteria della Federazione unitamente alla domanda d'iscrizione per mezzo del Fiduciario Provinciale della Federazione stessa non oltre il 1° marzo p. v. La relazione ufficiale sarà tenuta sul tema « Valutazione fisica dell'atleta ».

Per schiarimenti rivolgersi alla segreteria della F.I.M.S., via dello Stadio 14, Roma.

Congresso spagnolo di neuropsichiatria.

Il Consiglio direttivo della Lega spagnola d'igiene mentale e dell'Associazione spagnola di neuropsichiatria, presieduto da S. Ramón y Cayal, ha deciso, in vista dell'attuale stato d'iperattività politica della Nazione, di rimandare alla prossima primavera questo congresso, indetto a Granata. Tutte le altre condizioni restano invariate.

Alla Reale Accademia d'Italia.

Si sono riunite, dopo le ferie estive, le varie classi della Reale Accademia d'Italia.

Nella classe di scienze fisiche, matematiche e naturali il vice-presidente Vallauri e l'accademico Bottazzi hanno ricordato il compianto collega Dionisi, membro della classe, illustrandone le virtù di scienziato, maestro e cittadino. L'accademico Dainelli ha letto la relazione sopra l'esplorazione geologica, geofisica ed etnografica dell'oasi di Cufra e di altre oasi della Cirenaica, compiuta, per incarico della Reale Accademia d'Italia e con i mezzi forniti dalla Fondazione Volta, dal prof. Desio, a cui ha dato valido appoggio il Governo della Cirenaica. Sono state poi prese alcune importanti decisioni di massima relative alle proposte ed invenzioni inviate in esame alla classe e riguardo a memorie presentate per la stampa negli atti accademici.

Società francese d'ematologia.

Si è costituita sotto la presidenza onoraria del prof. Hayem e la presidenza effettiva del prof. Chauffard. Ha raccolto rapidamente trecento adesioni.

Istituto di cultura medica a Napoli.

Il Direttorio del Sindacato Provinciale Fascista dei Medici di Napoli, nella seduta del 22 ottobre, ha proceduto alla costituzione del suo Istituto di Cultura, approvandone lo Statuto ed il Regolamento e chiamando alla Presidenza S. E. il prof. Dante De Blasi, Accademico d'Italia.

Ci compiacciamo della iniziativa, che risponde ad un programma di elevazione culturale; nonchè della designazione, che non avrebbe potuto essere più felice, di un insigne scienziato alla presidenza.

Centro Nazionale d'informazioni bibliografiche.

Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della Educazione Nazionale, ha approvato uno schema di decreto concernente l'istituzione in Roma di un Centro Nazionale di informazioni bibliografiche.

Con tale provvedimento viene fondato in Roma, presso la Biblioteca Nazionale Centrale « Vittorio Emanuele II », un Centro Nazionale per le informazioni bibliografiche, avente personalità giuridica. Si accoglie così un voto espresso da un Comitato di esperti, adunatosi per deliberazione della Commissione Internazionale di Cooperazione Intellettuale presso la Società delle Nazioni, sulla opportunità di addivenire nei varii Stati alla costituzione di Centri d'informazioni, tra loro collegati, al fine di guidare gli studiosi e i ricercatori sui materiali bibliografici relativi all'argomento speciale che li interessa e possibilmente di indicare loro in quali Biblioteche si trovino i libri o i documenti di cui hanno bisogno.

Corso di perfezionamento in Spagna.

Un corso sulla patologia medica del rene avrà luogo, sotto la direzione del dott. Esquerdo, dall'11 al 19 marzo, nello « Hospital de la Santa Cruz y San Pablo » di Barcellona; tassa 50 pesetas. Chiedere il programma dettagliato.

Prolusione.

Il 26 novembre il prof. A. Gasbarrini, succeduto al prof. Frugoni nella cattedra di Clinica medica della R. Università di Padova, ha pronunziato la prolusione al suo corso, trattando il tema: « La funzione e l'insegnamento della clinica medica ». Tra i presenti erano parecchi colleghi giunti da altre Università e tra essi S. E. Paolucci.

Nella stampa medica.

Ha avviato le pubblicazioni l'« Archivio Italiano delle Malattie dell'apparato digerente ». Questo nuovo periodico è nato dalla necessità che anche il nostro Paese — il quale ha contribuito efficacemente al progresso della gastroenterologia — abbia una rivista la quale accentri il movimento nazionale in tale campo di studi e rispecchi quello internazionale. E poichè sul terreno scientifico non meno che su quello pratico della patologia digestiva gl'internisti, i chirurghi e i radiologhi operano concordi, si è stimato vantaggioso di creare una collaborazione effettiva tra di essi anche nella nuova rivista, affidando la direzione di questa ad un competente per ciascuna delle tre branche. Essi sono i proff. C. Frugoni, G. M. Fasiani e A. Busi, che verranno assistiti rispettivamente dai redattori G. Melli, G. Oselladore e A. Vespignani.

L'Archivio, a periodicità bimestrale, viene édito con l'abituale signorilità dalla Casa L. Cappelli di Bologna; l'abbonamento annuo importa L. 80; a richiesta s'inviano numeri di saggio. Il primo fascicolo, ricco di un centinaio di pagine, copiosamente illustrato, contiene uno studio analitico critico e tre contributi originali.

Auguri al nuovo confratello il quale fa fede dell'attività culturale dell'Italia contemporanea.

Infermerie e dispensari per tubercolotici in Spagna.

Con decreto pubblicato nella « Gaceta Oficial » del 6 ottobre, il Governo della Repubblica Spagnola stabilisce di concorrere nella misura del 50 % alla costruzione e al funzionamento di infermerie e dispensari per tubercolotici, da parte di Deputazioni provinciali, Consigli comunali, Enti per la lotta antitubercolare, altri Enti di riconosciuto carattere benefico. Le proposte, i progetti, l'esecuzione, devono essere sottoposti alla Direzione generale di Sanità, attraverso gl'Ispettori provinciali.

L'opera del comune di Milano nella lotta antitubercolare.

A cura del comune di Milano è comparso uno studio del dott. Guido Salvini — direttore dei Dispensari antitubercolari comunali — circa la vastissima opera curativa e profilattica contro la tubercolosi, che il comune di Milano va svolgendo da quasi un ventennio.

Lo studio del dott. Salvini è ricco di quadri, diagrammi, statistiche che illustrano il campo di battaglia su cui si svolse l'opera del Comune, i problemi della difesa antitubercolare e la soluzione che ad essi si è data in Milano, nell'ambito comunale, fino all'avvento della legge assicurativa. La città trovasi oggi in una posizione che si può dire privilegiata per svolgere tutte quelle provvidenze che il « novus ordo » instaurato dal Regime ha prospettato alla Nazione. È questa la conclusione della ventennale esperienza.

Servizi dispensariali dell'associazione milanese contro la tubercolosi.

All'assemblea dell'Istituto antitubercolare di Milano (via Ramazzini), in occasione dell'assemblea generale dell'Associazione milanese per la lotta contro la tubercolosi, presieduta dal prof. Felice Cova, il direttore sanitario dell'Associazione, dott. Krentzlin, ha letto la relazione tecnica sull'andamento dei servizi dispensariali.

L'Ambulatorio curativo, che nel 1927 contava 295 inscritti ne ha ora 2911; le prestazioni mediche, che nel 1927 furono 3688, giunsero a 16.630 nel 1930. Eguale sviluppo ha segnato il Dispensario profilattico. Questo funziona per incarico del Comune; l'Ambulatorio curativo è gestito invece direttamente dall'Opera pia. A lato del Consiglio di amministrazione dell'Opera pia esiste un Comitato di Patronesse, che si occupa della raccolta di fondi per l'assistenza diretta dei malati poveri; provvede inoltre ad inviare in Colonia di montagna i bambini gracili e ammalati.

Beneficenza.

Il sig. Giuseppe Revel, deceduto a Menaggio, ha tra l'altro legato un milione di lire a favore del Duce, in segno di ammirazione, di riconoscenza e di devoto omaggio. Il Capo del Governo ha stabilito di destinare la somma predetta ad opere assistenziali.

All'ospedale della Pace di Napoli.

È stato inaugurato il nuovo Reparto chirurgico, diretto dal prof. Alberto Scanga.

Il terremoto dell'anno scorso aveva danneggiato varie sezioni del pio ricovero; perciò il direttore generale degli Ospedali Riuniti, comm. Cimmino, dispose i lavori di ricostituzione dei vari reparti. Il rinnovamento del reparto chirurgico sarà seguito da quello degli altri reparti.

Il gabinetto radiologico di Abbazia.

Presenti le Autorità della Provincia e le Gererchie del Partito, è stato inaugurato recentemente il Gabinetto radiologico annesso all'Ospedale Civile di Volosca, intitolato alle LL. AA. RR. i Principi di Piemonte.

Incendio all'Istituto di medicina legale di Roma.

Un incendio sviluppatosi nei sotterranei dell'Istituto ha distrutto le collezioni di cartoni e modelli e danneggiato l'aula. I danni sono stati valutati in centomila lire circa. Il pronto accorrere dei pompieri ha impedito che fossero maggiori. Il fuoco si è sviluppato nel locale della caldaia per il termosifone.

2° Congresso degli Istituti fascisti di cultura.

Gl'Istituti fascisti di cultura — sorti in gran parte sulle ceneri delle antiche Università popolari — hanno tenuto a Roma un Congresso nel quale sono venuti in discussione vari temi generali, sotto la presidenza del sen. Gentile. I delegati sono stati ricevuti dal segretario del Partito, on. Giuriati.

Il Museo criminale di Roma.

Alla presenza del Ministro Rocco e di altre autorità è stato solennemente inaugurato il Museo criminale istituito a Roma, nelle carceri nuove di via Giulia.

Un medico centenario.

L'Accademia di Medicina di Parigi ha festeggiato il centenario del dott. A. Guéniot, che si mantiene fresco di spirito, di buon umore e di una gagliarda salute. Ha pubblicato di recente un libro intitolato « Pour vivre cent ans ».

Condanna di un medico.

Il dott. Guido Fenisi è stato condannato, dal Tribunale di Milano, a tre mesi di reclusione e 200 lire di multa con i benefizi di legge, per la morte colposa della sig.na Maria Teresa Dell'Orto, avvenuta nel di lui gabinetto, durante un esperimento di diatermia del quale in questo giornale abbiamo avuto ripetutamente ad occuparci. Il perito tecnico ha accertato che nell'apparecchio si era prodotto un guasto, tale da generare una corrente di 2000 volta, capace di uccidere chiunque si fosse posto a contatto degli elettrodi. La condanna riesce inesplicabile.

Posta dell'amministrazione.

Gli abbonati che tengono a possedere l'annata del « Policlinico » senza lacune, sono pregati di verificare se, a causa di disguidi postali, manchi loro qualche fascicolo del 1931.

In tale caso è opportuno che ce ne venga fatta sollecita richiesta, perchè alcuni numeri stanno ormai per esaurirsi.

Mentre andiamo in macchina col presente N. 49, ci viene da parecchi segnalato il mancato arrivo del N. 48, che avrebbe dovuto essere recapitato il 30 novembre.

Coloro che non lo avessero ancora ricevuto, siano cortesi di reclamarcelo senza indugio.

L. P.

L'8 nov. spegnevasi a Catania GESUALDO CLEMENTI, professore emerito di quella Università. Aveva raggiunto l'età di 83 anni, essendo nato in Caltagirone il 25 aprile 1848. Laureatosi a Napoli nel 1871, iniziò la carriera col Gallozzi, perfezionandosi poi a Vienna e Berlino, Londra e Parigi in varie branche della medicina ed ottenendo la libera docenza in patologia e clinica chirurgica nel 1875. Nel 1877 divenne professore ordinario di Clinica chirurgica in Catania, rimanendo in tale insegnamento fino al 1923 quando si ritirò per limiti di età.

Fu preside della Facoltà di Medicina per vari anni e rettore dell'Università dal 1903 al 1905. Nel 1887 fu eletto rettore dell'Ospedale S. Marta, dove era anche chirurgo primario.

Tra i suoi studi più importanti ricordiamo i contributi sperimentali sulla patogenesi della setticemia, sulla chirurgia dei vasi e sulla chirurgia del fegato, ove fu un geniale innovatore. Trovatosi all'inizio dell'êra antisettica della chirurgia fu uno dei più ferventi assertori e continuatori del metodo di Lister.

Operatore elegante e preciso, clinico distinto, uomo probo, conservò sempre una dolce austerità unita ad una grande semplicità che lo distinguevano in ogni atto con umili e con grandi. Visse amato e venerato da discepoli e beneficati in un'atmosfera di dolcezza, come ricompensa alle sue elargizioni di bene e di vita.

Al figlio prof. Antonio e alla famiglia tutta, le condoglianze della redazione. T.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII Roma, 14 Dicembre 1931 - X N. 50

"IL POLICLINICO,,

Per l'anno 1932.

Ai Medici Italiani,

" **IL POLICLINICO** ,, *ha troppa robustezza costituzionale, troppa armonia fra le sue tre sezioni, - delle quali la medica e la chirurgica sono veri archivi della produzione scientifica italiana e la pratica è la fedele espressione settimanale del pensiero e della realizzazione nel campo della medicina pratica - ha troppe profonde radici, e troppo provato consenso, per mutar forma ed indirizzo.*

Le sue tre parti aggiornano e informano il pubblico medico in modo completo, ne considerano le varie esigenze scientifiche, pratiche, mediche e chirurgiche.

La struttura e il piano di lavoro quindi nella loro compagine generale non muteranno, ma miglioreranno.

Per le sezioni medica e chirurgica saranno fatti spesso numeri doppi onde non ritardare lavori legati a questioni del momento; e questa promessa, agli Autori, di più pronta pubblicazione, consentirà maggiore afflusso e maggiore selezione, onde saremo in grado di pubblicare di più, più presto e meglio.

La sezione pratica sarà curata con particolare amore con lezioni cliniche e con riviste sintetiche a visione pratica, con riferimento immediato a quelli che sono i problemi clinici che il medico giornalmente vive nell'attrito con la pratica, e le sue esigenze, le sue incognite, le sue difficoltà e le sue responsabilità. Tutto sarà fatto per migliorare e corrispondere alle esigenze dell'ora.

Il ritmo serrato della vita non consente divagazioni ma richiede anche nel medico arricchimento del patrimonio di idee e di cultura con mezzi rapidi, precisi e coordinati allo scopo.

" **IL POLICLINICO** ,, *non segue dottrine, non è schiavo di indirizzi di scuole, è aperto a tutte le tendenze e a tutti gli Autori purchè trattino questioni di scienza e di pratica con fini onesti e con limpida fede onde cooperare per la sua parte allo sforzo che il governo nazionale compie per la cultura e la sanità della nazione.*

Ogni nostro sforzo sarà rivolto al preciso obbietto di lavorare per migliorare e progredire e sempre meglio corrispondere alla simpatia e al consenso che dalla classe medica italiana ci sono sempre venuti e che sono il nostro orgoglio e la nostra forza.

LA REDAZIONE

Vedere a pagina che segue (1846) il Sommario dei Numeri di questo mese.

Abbonamenti cumulativi con "Il Policlinico„ per il 1932:

Tre Riviste di branche speciali della medicina pubblicate dalla CASA EDITRICE L. POZZI - ROMA concesse in abbonamento cumulativo con "IL POLICLINICO„ per l'anno 1932.

CUORE E CIRCOLAZIONE

PERIODICO MENSILE ILLUSTRATO

diretto dal Prof. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

Capo Redattori: Prof. CESARE PEZZI - Milano — Prof. GINO MELDOLESI - Roma.

Ogni fascicolo si compone di 48-56 pagine di testo distinto in 3 parti: *a)* lavori originali, lezioni e conferenze *b)* rassegne, riviste e congressi; *c)* notizie bibliografiche.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 40 — Estero L. 60 — Un numero separato L. 6,00

Per gli associati al "Policlinico„: Italia L. 36 — Estero L. 50

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria per Medici pratici

fondata nel 1898 dal Prof. F. LA TORRE

diretta da PAOLO GAIFAMI

Professore di Clinica Ostetrico-Ginecologica nella R. Università di BARI

Ogni fascicolo si compone di oltre 60-64 pagine di testo distinto in 3 parti: *a)* lavori originali, fatti e documenti (clinici e anatomici), la rubrica degli errori, la pagina del medico pratico, ecc.; *b)* recensioni, quesiti e commenti, bibliografia; *c)* Varietà, notizie.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 40 — Estero L. 60 — Un numero separato L. 6.00

Per gli associati al "Policlinico„: Italia L. 36 — Estero L. 50

IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA

diretta da GUGLIELMO BILANCIONI

Professore di Clinica Oto-Rino-Laringojatrica nella R. Università di Roma

Questa rivista, che è entrata nel suo ottavo anno di vita, si è affermata vittoriosamente, essendo oggi tra noi il più completo, agile e ricco periodico della specialità. Argomenti d'indole pratica e di alto rilievo scientifico si fondono armonicamente, formando una rivista moderna, in cui ha degna sede quanto si produce nelle Cliniche e negli Istituti d'Italia.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 45 — Estero L. 65 — Un numero separato L. 6.00

Per gli associati al "Policlinico„: Italia L. 40 — Estero L. 55

Utilissimo ad ogni Medico:

IL DIRITTO PUBBLICO SANITARIO

Periodico Mensile di Giurisprudenza e Legislazione.

DIRETTORI

On. dr. **A. Carapelle,** Consigliere di Stato. — Avv. **G. Selvaggi,** esercente in Cassazione.

EDITORI FRATELLI POZZI - ROMA

« Il Diritto Pubblico Sanitario » riporta tutte le Leggi, i Decreti, i Regolamenti e le Circolari concernenti anche indirettamente l'ordinamento giuridico sanitario, nel senso più ampio e le Istituzioni Sociali. — Ogni numero contiene Note di commento e di illustrazione delle Leggi e dei Regolamenti più importanti, una rassegna completa della giurisprudenza della Corte di Cassazione, del Consiglio di Stato in sede Giurisdizionale e Consultiva e di altre Magistrature, con esposizioni ragionate delle controversie e delle risoluzioni

« Il Diritto Pubblico Sanitario » in ogni suo numero reca studi sintetici di questioni d'attualità e Cenni di legislazione estera.

« Il Diritto Pubblico Sanitario » è una guida chiara e semplice specialmente per tutto ciò che attiene alle istituzioni sociali, ai rapporti d'impiego con Enti Pubblici, all'esercizio delle professioni, all'ordinamento sindacale, ai poteri di polizia sanitaria, ecc.

Ogni numero consta di 40-48 pagine, costituendo a fine d'anno un volume di oltre 500 pagine con indici sistematici.

ABBONAMENTO per il 1932: Italia L. 36; Un numero separato L. 5; Per gli associati al « Policlinico »: Italia L. 30.

Per abbonarsi inviare Vaglia Postale o Chèque Bancario riscuotibile in Roma all'editore LUIGI POZZI, Via Sistina 14 - ROMA

Ved. a pag. seg. il Sommario del N. di novembre u. s.

Ai già abbonati del 1931 a queste Riviste rivolgiamo preghiera di provvedere sollecitamente all'invio del rinnovo pel 1932 per facilitare il lavoro della nostra Amministrazione. Raccomandiamo altresì di applicare, sul talloncino del vaglia, la fascetta con la quale le hanno finora ricevute.

Tre Riviste di branche speciali della medicina pubblicate dalla CASA EDITRICE L. POZZI - ROMA

concesse in abbonamento cumulativo con "IL POLICLINICO" per l'anno 1932.

Sommari dei Numeri usciti nel corrente mese:

CUORE E CIRCOLAZIONE

Periodico mensile diretto dal prof. CESARE FRUGONI

Redattore-capo: prof. CESARE PEZZI

Il Numero 12 (Dicembre 1931) contiene:

Lavori originali: U. RABBIOSI: Su tre casi di cianosi familiare congenita (Contributo alla casistica delle cardiopatie congenite in adulti). — M. CELLINA: L'arteria polmonare nell'infezione reumatica. (Le basi anatomiche del rumore di Graham Steel). — G. DALLA TORRE: Valore dei dati sfigmomanometrici nello studio clinico evolutivo delle ipotensioni.

Rassegne, Riviste e Congressi: Fisiopatologia: Q. BIASOTTI: Influenza delle ghiandole surrenali sulla regolazione della tensione arteriosa. — A. VANCURA: Alterazione della permeabilità delle pareti capillari nelle malattie del cuore e dei reni. — **Clinica**: F. POZZO e E. MONGIARDINI: Le forme extraarticolari del reumatismo di Bouillaud. — STEJFA: L'elettrocardiogramma nelle cardiopatie congenite. — K. BOSSHAMER: Profilassi della trombosi con la tirossina. — C. T. NICOLAU e N. GIUSOLD: Modificazioni ematologiche durante gli accessi di malaria. — GALLAVARDIN, A. TOURNOIRE e R. COROJOD: Metabolismo basale e testi farmaco-dinamici nelle nevrosi tachicardiche. — G. AGOSTONI: Su alcune rare alterazioni elettrocardiografiche nel reumatismo articolare acuto. — **Terapia**: WEISS: L'apomorfina nella cura della tachicardia parossistica.

Notizie bibliografiche: VITAL LASSANCE et MALOINE: Hypertension arterielle. — THIROLOIX L. PAUL: Les couffles organiques du coeur. — Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Kreislaufforschung.

Indici generali di quanto contiene l'annata 1931.

Abbonamento annuo: Italia L. **40**; Estero L. **60**. Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **36**; Estero L. **50**. Un numero separato L. **6**.

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile diretta da Paolo Gaifami

Il Numero 12 (Dicembre 1931) contiene:

Lavori originali: G. DE CANDIA: Sui rapporti fra cancro dell'utero e gravidanza.

Fatti e documenti: F. POMINI: Emorragia addominale di origine ovarica non gravidica. — M. DE SENIBUS: Considerazioni intorno ad un caso di ittero emolitico recidivante in gravidanza.

La rubrica degli errori: C. DECIO: Cisti ovarica o peritonite tubercolare?

Cose viste (La pagina del medico pratico): P. GAIFAMI: C'è un limite negli esperimenti di terapia ostetrica...

La rubrica medico-legale: Responsabilità medica in tema di taglio cesareo.

Dalle riviste: (OSTETRICIA): Sulla sierodiagnosi precoce della gravidanza con la soluzione di acido fosfowolframico. — La valutazione delle risorse cardiache prima del parto e per il parto. — Sulla patogenesi del vomito delle gravide. — La patologia della placenta ed il suo valore diagnostico. — Polineurite ed eclampsia. — Brucellosi e aborto umano. — Sonno crepuscolare col pernocton in combinazione con la narcosi come anestesia ideale del parto. — (GINECOLOGIA): Risultati remoti di interventi sul simpatico in ginecologia. Nervo presacrale in particolare. — Radiografia ed errori diagnostici evitabili in ginecologia. — PEDIATRIA: Trattamento delle emorragie del tubo digestivo nei neonati. — Considerazioni cliniche sul cosiddetto ittero fisiologico dei neonati. — MEDICINA SOCIALE: Osservazioni sulla diminuzione delle nascite. — Danni derivanti sulla sfera genitale delle lavoratrici del tabacco. — NOTE DI BIOLOGIA: Lipoidi e cancro. — A proposito delle piccole trasfusioni di sangue (metodo Jaworski) e sopra alcuni casi trattati con la opoterapia omologa vivente.

I libri. — Varietà.

Indici generali di quanto contiene l'annata 1931.

Abbonamento annuo: Italia L. **40**; Estero L. **60**. Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **36**; Estero L. **50**. Un numero separato L. **6**.

IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA diretta da **GUGLIELMO BILANCIONI**

Il Numero 12 (Dicembre 1931) contiene:

Specialità e medicina generale: E. SAMEK e M. MICHELAZZI: Contributo allo studio del fattore morfologico costituzionale della tubercolosi laringea.

Raccolta di fatti: A. LASKIEWICZ: Contributo alla casistica dei corpi estranei che permangono a lungo nei bronchi.

Osservazioni di clinica: C. BORRI: Falso tumore peritubarico e falsa sindrome di Gradenigo.

Ricerche di laboratorio: G. CUSENZA: Lesioni della capsula labirintica nell'acidosi sperimentale da somministrazione di HCl.

Terapia: S. TRAINA: Sulle alterazioni determinate dalla novocaina iniettata in prossimità di focolai settici. A proposito dell'anestesia locale negli interventi sulla mastoide. — E. DI LAURO: Un bisturi falcato per la resezione della coda del cornetto inferiore.

Affinità e analogie: B. BOCCI: Cerebro-sensismo.

Recensioni: *Sono 44 e se ne tralascia l'elenco causa mancanza di spazio.*

La nota storica: Un'iniziativa di Giacinto Mompiani per i sordomuti di Brescia.

Notizie e questioni.

Indici generali di quanto contiene l'annata 1931.

Abbonamento annuo: Italia L. **45**; Estero L. **65**. Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **40**; Estero L. **55**. Un numero separato L. **6**.

☛ Periodico indispensabile per tutti i Medici:

IL DIRITTO PUBBLICO SANITARIO

Periodico Mensile di Giurisprudenza e Legislazione

DIRETTORI: On. dott. **Aristide Carapelle**, Consigliere di Stato. Avv. **Giovanni Selvaggi**, Esercente in Cassazione

Editori F.lli POZZI - ROMA

Il Numero 11 (Novembre 1931) contiene:

Limitazioni eccessive all'ammissibilità ai concorsi. Possibilità di rimedi giurisdizionali.

Note sintetiche: Le spese obbligatorie per i Comuni e le Provincie in materia sanitaria.

Rassegna di giurisprudenza: Esercizio abusivo di professione sanitaria. Vaccinazione eseguita da un infermiere. — Concorso. Facoltà di scelta. Motivazione. — Concorso. Limiti di età; Valutazione degli atti. — Licenziamento deliberato dal Podestà per invito del Prefetto. Competenza. — Dispensa dal servizio. Certificati anteriori. Efficacia. — Licenziamento per motivi disciplinari e politici. — Trasferimento di farmacie. Provvedimento definitivo. Ricorso gerarchico. — Sanitario condotto comunale. Costituzione di un Consorzio. Effetti sul rapporto d'impiego. — Deliberazione del Vice-Podestà. Parere della Consulta. Approvazione. — Farmacia. Autorizzazione.

Leggi e Atti del Governo: Limiti della riduzione del trattamento economico per effetti dei decreti, numeri 1159 e 2672 del 1927. — Disposizioni sull'istruzione superiore.

Prezzo di ogni numero separato, L. **5**.

L'abbonamento ai dodici Numeri dell'annata costa L. **36**, ma agli associati al «Policlinico» è concesso per sole L. **30**, che vanno inviate, mediante Vaglia Postale o Bancario, all'editore Luigi Pozzi, Via Sistina 14, Roma.

Per abbonarsi inviare Vaglia o Chèque Bancario riscuotibile in Roma all'editore LUIGI POZZI, Via Sistina 14 - ROMA

ANNO XXXVIII Roma, 14 Dicembre 1931 - X Num. 50

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Clinica Pediatrica della R. Università di Roma.

Nuovi progressi di tecnica nell'allattamento artificiale.

Ricerche sperimentali e cliniche.

(Nota riassuntiva).

Prof. L. SPOLVERINI, direttore.

I problemi di fisiopatologia dell'alimentazione relativa al primo biennio di vita, non ostante gli indiscutibili progressi raggiunti, presentano ancora notevoli lacune facilmente rilevabili nella pratica pediatrica, tanto da essere sempre essi in prima linea quale argomento di studio presso i pediatri. Ma i capitoli più importanti e più difficili sono certo quelli riguardanti l'allattamento artificiale ed il fabbisogno alimentare più adatto per consentire al lattante un accrescimento ed uno sviluppo regolare.

Qui è dove indubbiamente le manchevolezze si fanno sentire in modo notevole con ripercussioni talora gravissime sullo sviluppo e sulla vita stessa del piccolo bambino, non ostante le ricerche d'ordine fisiologico ed etiopatogenetico eseguite, in specie nel passato con grande passione da pediatri, fisiologi, biologi, batteriologi e chimici abbiano tentato la soluzione migliore dei molteplici e gravi problemi inerenti a questo genere di allattamento.

E fu appunto in base a questi studi che si sono potute dettare le norme per una razionale tecnica alimentare, per evitare l'inquinamento del latte, per cercare di correggere e di attenuare le differenze di composizione tra il latte animale e quello muliebre, per autorizzare l'epoca e dimostrare l'opportunità di somministrazione di altre sostanze oltre il latte; ed infine fu possibile spiegare le cause di gran parte dei disturbi della nutrizione.

Orbene, benchè con questo corredo di cognizioni a nostra disposizione, tutti i pediatri debbono ancora oggi dolorosamente constatare come in linea generale — ma più specialmente nelle *crêches*, negli asili per lattanti, nei brefotrofi — è assai difficile coll'allattamento artificiale sia ottenere dei buoni risultati non ostante l'osservanza scrupolosa delle

regole note, e sia evitare al piccolo essere disturbi più o meno accentuati della nutrizione, giacchè tali bambini, anche se in via eccezionale presentano un accrescimento ed uno sviluppo regolare, debbono, a causa dell'allattamento innaturale (e quindi squilibrato o disarmonico) a cui sono stati sottoposti, per lo meno venire considerati quali soggetti *trofolabili*, a cui è congiunto da un lato una particolare idrolabilità, (causa a sua volta di facili, rapide e talora catastrofiche perdite di peso in seguito ad affezioni intercorrenti, anche leggere in specie di origine grippale) e dall'altro una marcatissima diminuzione di resistenza alle varie infezioni in genere. Ciò che spiega la facile morbilità in modo particolare nelle *crêches* e conseguente contributo di mortalità, alle più comuni malattie infettive negli allattati artificialmente a confronto di quelli nutriti con latte di donna. E questo rappresenta, a nostro modo di vedere, forse il più grave danno dell'allattamento artificiale, sia perchè meno appariscente — e perciò meno considerato anche nei soggetti che hanno bene tollerato tale genere di nutrizione — e sia perchè insito nella natura stessa dell'alimento e quindi in linea di principio inevitabile.

D'altro canto i pediatri sono concordi nel constatare in genere in questi soggetti, un irregolare accrescimento con bruschi sbalzi nella curva ponderale anche per cause talora minime od inesplicabili, e comunque assai limitato nei primi mesi di vita a causa specialmente della eccessiva diluizione del latte abitualmente adoperato, con formazione di pannicolo adiposo meno sodo rispetto al lattante al seno, con pallore più o meno accentuato, con ritardo di ossificazione e di dentizione fino a vere e pur troppo frequenti manifestazioni rachitiche anche cliniche, con deficiente tono muscolare ecc.; senza tenere conto delle altre ripercussioni a distanza più o meno gravi, ma quasi sempre immancabili almeno durante il primo quinquennio di vita.

Oltre a ciò devesi tenere speciale conto della differenza notevole dei caratteri coprologici delle feci dei bambini così allattati a confronto di quelli al seno; in quanto tali caratteri, oltre a fornire una testimonianza diretta ed immediata dell'assenza della normale funzione digestiva propria del lattante tenuto in condizioni naturali, ci illuminano anche sulla causa prima dei vari disturbi che siamo soliti riscontrare a carico dei bambini ad allattamento artificiale.

Tali differenze (feci giallo chiare o biancastre, cretacee, asciutte, fetide, alcaline, emesse solo una volta al giorno, e talora ogni due giorni) ripetono evidentemente la loro origine dalla differente composizione dell'alimento originariamente imperfetto ed inadatto pel bambino, e tale persistente anche colla messa in opera dei migliori accorgimenti di tecnica finora suggeriti; coi quali, come è noto, si riesce a modificare in maniera scarsamente apprezzabile le differenze sopra accennate.

Difatti il latte vaccino, quale prototipo dei latti usati per l'allattamento artificiale, è classificato tra i latti grevi o meglio chiamati caseinosi per l'eccesso notevole (quasi il triplo) di caseina e di sali e contemporanea marcatissima deficienza (la settima parte) di albumina solubile, a confronto con quello di donna, detto latte leggero od albuminoso, e presentante i requisiti opposti. A questo devesi aggiungere la relativa povertà di sostanze fermentescibili (lattosio) contenute nel latte vaccino, oltre ad una relativa scarsità di sostanze grasse. Ne consegue un certo ed inevitabile grado di insufficienza digestiva e di intolleranza riguardo alle sostanze proteiche da parte del bambino; in quanto l'eccessiva quantità di caseina, oltre a diminuire la velocità di transito dell'alimento in specie nel colon (d'onde la stitichezza), accresce l'alcalinità del contenuto intestinale e favorisce i processi putrefattivi e lo sviluppo dei germi proteolitici, a causa di residui di essa indigeriti. Da qui l'aumento di produzione di ammoniaca e per conseguenza facilitata la trasformazione degli acidi grassi in saponi alcalini in un primo tempo solubili, ma che però rapidamente si trasformano in alcalini terrosi, e quindi insolubili, a causa dell'abbondanza dei sali, specialmente di calcio e magnesio, e pertanto in grandissima maggioranza sottratti all'assorbimento ed invece eliminati colle feci. Espressione ultima e tangibile di questo stato di cose, di questa prevalenza cioè dei fenomeni putrefattivi sui fermentativi (nell'allattamento naturale avviene, come è noto, il contrario), è appunto la tipica e speciale composizione delle feci, i cui caratteri sono perfettamente all'opposto di quelli che si osservano nei bambini nutriti con il latte di donna.

Fatti questi che ci forniscono una prova chiara e sicura della facilità con la quale intervengono nella pratica dell'allattamento artificiale — anche per cause minime e non evitabili — i fenomeni della tipica dispepsia così detta albuminoidea; (in perfetto contrapposto a quella che si suole riscontrare durante l'allattamento naturale) rappresentati dall'arresto del peso corporeo e dalle caratteristiche feci saponacee ed a mastice e che sovente rappresentano il preludio di disturbi più gravi. Ed invero a provocare un tal quadro è sufficiente una semplice esagerazione dei fenome-

ni abituali che abbiamo visto compiersi durante la digestione del latte nell'intestino del bambino, vale a dire un aumento sensibile dei fatti putrefattivi per residui albuminoidei indigeriti a causa di una incidentalmente diminuita tolleranza digestiva.

A tutto questo devesi poi aggiungere, come effetto indiretto, un minore assorbimento dei grassi, e quindi un sensibile grado di carenza di tali sostanze indispensabili all'organismo del piccolo lattante anche sotto il punto di vista dell'apporto di vitamine, di provitamine e di fattori immunitari contro le infezioni.

Constatazioni queste che in ultima analisi debbono per necessità tradursi *abitualmente* in un senso di sofferenza da parte di tutto l'organismo del piccolo bambino (come in realtà la clinica deve continuamente rilevare) ed *occasionalmente* in fenomeni di danno, talora assai gravi, in specie nei soggetti originariamente meno resistenti o comunque presentanti una diminuita tolleranza digestiva a causa sopratutto delle facili affezioni parenterali.

Giacchè ogni alimento, come osserva giustamente Finkelstein, introdotto nel canale digerente e che nel tempo assegnatogli per la sua elaborazione non percorre in modo completo tutte le fasi intermedie del suo metabolismo normale, può agire come veleno, e provocare quindi fenomeni di intossicazione; e ciò tanto più facilmente nel caso di un latte animale adoperato per la nutrizione di un bambino lattante, in quanto esso rappresenta una dieta squilibrata (fenomeni dieteto-tossici secondo Moriquand).

Allo scopo di eliminare sì gravi inconvenienti, taluni solo potenziali ma molti altri costantemente presenti ed abitualmente operanti a danno dell'organismo infantile, la scienza pediatrica in questi ultimi tempi non ha fatto in realtà notevoli progressi non ostante i tentativi più svariati compiuti (compreso quello del latte maternizzato) e con risultati per altro presso che inutili.

Soltanto nell'ultimo ventennio un progresso è stato realizzato con la proposta e l'uso delle pappe burro farinose (Czerny-Kleimchmidt ed oleo farinose (Frontali) da mescolarsi al latte vaccino, ed avente lo scopo sia di supplire alla deficienza sensibile — in specie diluendo il latte — dei grassi e degli idrati di carbonio, sia di facilitare a mezzo di questi ultimi la digestione e l'utilizzazione dei grassi e delle sostanze proteiche, agendo sul ricambio intermedio, e sia infine di favorire nell'intestino lo sviluppo della flora saccarolitica e fermentativa.

Indubbiamente i lattanti nutriti con queste mescolanze tollerano meglio l'allattamento artificiale, giacchè l'accrescimento in peso si presenta più regolare; e quindi la digestione e l'utilizzazione delle sostanze introdotte deve compiersi in maniera più adeguata, d'onde minori pericoli di processi putrefattivi e tossici; sebbene i caratteri coprologici delle feci all'esame abituale non presentino variazioni sensibili.

Per altro questo procedimento dietetico, benchè alla portata di ognuno, non può logicamente venire generalizzato a tutti i casi e ad ogni età; ma solo limitato in determinati periodi della vita, nei quali meriterebbe però di essere effettivamente assai più diffuso. Con esso è possibile difatti procurare i vantaggi testè accennati ai bambini dal 4° mese di vita in poi; ma il procedimento non ci soccorre nel primo trimestre di vita, vale a dire proprio nell'epoca più delicata dell'allattamento artificiale e nella quale per giunta ha maggiore ragione di essere la diluizione del latte (e quindi maggiore presenza di dieta carenzata), in quanto non possiamo fare sicuro affidamento nella funzione dell'amilasi pancreatica del piccolo essere, giacchè questa, benchè presente fino dalla nascita, dimostra nei primissimi mesi un'attività instabile e per di più talvolta ostacolata dalle già difficili condizioni digestive provocate dal latte animale, come è stato chiaramente dimostrato nella mia Clinica dal Bentivoglio. D'altro canto se invece si ricorre all'uso di una farina completamente diastasata durante questo primo periodo della vita in aggiunta al latte vaccino, i risultati si presentano notevolmente inferiori; per quanto, come è noto, in taluni casi essa riesca a fare meglio tollerare l'allattamento innaturale.

Per tanto, molti di questi gravi e complessivi problemi connessi all'allattamento artificiale, ed in prima linea quelli riferentisi ad una perfetta digestione e completa utilizzazione dell'alimento introdotto — allontanando in pari tempo i pericoli di danni immediati — attendono ancora un adeguata soluzione. Ed in vero leggendo i trattati di pediatria, anche i più recenti, non vi si trovano suggerimenti speciali od innovazioni importanti in merito a questo argomento a confronto dei vecchi trattati, ricavandone quindi l'impressione che le cognizioni ormai acquistate in materia rappresentino quanto di meglio si possa da noi raggiungere, tenuto conto che la massima parte degli inconvenienti lamentati ripetono pur troppo la loro origine — e quindi sono insiti — nella natura dell'alimento, di per sè stesso innaturale pel bambino. È forse questo ultimo motivo che da solo sembrerebbe dovesse significare l'impossibilità di tentare una

adeguata soluzione, ed insieme la constatazione dei risultati non certo brillanti raggiunti nella pratica coi molteplici tentativi messi in opera da studiosi coscienziosi ed appassionati per rendere il più possibile utile ed innocuo l'allattamento artificiale, ha da oltre un decennio distolti i pediatri dal continuare l'indagine e le esperienze sulle ricerche di ulteriori perfezionamenti di tecnica.

Orbene è stato appunto l'insieme di queste considerazioni che mi ha spinto da oltre un quadriennio ad eseguire, in perfetta collaborazione con i mei assistenti, un complesso di ricerche sull'alimentazione del lattante. Di esse intendo ora riferire in modo sommario sul capitolo più importante quello cioè relativo alla possibilità di ottenere una migliore digestione ed utilizzazione dell'alimento ed in prima linea della caseina, ciò che significa in ultima analisi dell'alimento in toto, giacchè, come abbiamo visto, è la eccessiva quantità di esse, che se non in senso assoluto, certo in via correlativa, rappresenta la causa più importante dei vari inconvenienti d'ordine digestivo e nutritizi in genere, a cui va secondariamente incontro il bambino tenuto ad allattamento artificiale.

A tale scopo noi abbiamo in un primo tempo rivolte le nostre indagini allo studio sistematico del latte (donna-vacca) dal punto di vista colloidale (fino ad ora quasi del tutto trascurato), eppoi in un secondo momento abbiamo cercato di tradurre nella pratica dell'allattamento artificiale i risultati osservati nel laboratorio. Il latte difatti non può in maniera troppo semplicistica venire considerato come una pura miscela — sia pure tra le più perfette e complete — di determinate sostanze nutritive sospese o disciolte nell'acqua; ma invece deve essere ritenuto un *complesso* e *delicato sistema colloidale* in regolare equilibrio e per giunta vitale; e quindi considerato non solamente nella sua entità statica, ma anche nelle sue manifestazioni cinetiche in relazione alle leggi che regolano la statica e la dinamica colloidale, e che esercitano la loro influenza sulla digestione ed utilizzazione dei singoli componenti.

Per le ricerche di laboratorio ci siamo serviti in gran parte dell'indagine ultramicroscopica — uno dei mezzi più preziosi per gli studi sui colloidi — adottando per altro accorgimenti di tecnica tutt'affatto speciali (consultare le monografie di dettaglio) per ottenere risultati il più possibilmente attendibili.

Orbene le indagini ultramicroscopiche eseguite sul latte intero e, convalidate anche da quelle contemporanee microchimiche, hanno dimostrato in modo indubbio che nel latte di vacca è possibile distinguere due ordini di micelle; una di grandezza maggiore e scarse ed alquanto splendenti rappresentate dai lattoconi di natura grassa, ed una di grandezza assai minore, ultra piccole come finissima polvere, poco splendenti e numerosissime rappresentanti la caseina allo stato colloidale.

Invece nel latte di donna non sono visibili le micelle di caseina (evidentemente perchè più finamente disperse, e perciò oltre il limite di visibilità, almeno coi mezzi a nostra disposizione) ma soltanto quelle del grasso assai splendenti, in numero per altro assai rilevante e di grandezza intermedia, benchè più piccole di quelle del latte vaccino e quindi in uno stato fisico di dispersione più stabile. È naturale del resto che le micelle di caseina del latte di vacca si rendono visibili all'ultramicroscopio dal momento che esse, essendo legate coi grossi granuli di fosfato di calcio, formano una micella più voluminosa (caseinato di calcio + fosfato di calcio).

Orbene un tale reperto ultramicroscopico così differente nei due latti ripete evidentemente la sua origine dal diverso stato colloidale in cui trovasi la caseina ed il grasso; giacchè è nota l'azione reciproca che esercita un colloide verso l'altro, se mescolati, per quanto riguarda il grado sia di dispersione micellare e sia della funzione di protezione o di stabilizzazione. Nel caso nostro pertanto noi possiamo ben ritenere che il diverso grado di dispersione del grasso — in micelle cioè più piccole — nel latte di donna sia appunto in relazione con il differente grado di dispersione dell'idrosol caseinico invisibile (perchè assai piccolo) a confronto di quello di vacca invece ben visibile.

Un così alto grado di dispersione ed in pari tempo di stabilità — d'onde la difficoltà di provocare la coagulazione — nelle micelle di caseina dal latte di donna, deve essere messo in relazione anche colla notevole presenza di un altro colloide (albumina solubile) da esso contenuta, a differenza di quanto si verifica nel latte vaccino. Ed invero, indagando la composizione dei due latti, risulta evidente la differenza della quantità di albumina contenuta in relazione anche alla percentuale di caseina, giacchè mentre nel latte di donna le due sostanze stanno nel rapporto di 10 (caseina) a 9 (albumina); nel latte vaccino il rapporto è di 27 (caseina) a 4 (albumina).

Ora è noto che le micelle sospese in una soluzione colloidale hanno la continua tendenza a fondersi ed a raggrupparsi in ammassi sempre più grandi fino alla precipitazione (gelificazione). Orbene, a parte la funzione importantissima che esercita al riguardo il fe-

nomeno della ionizzazione, sta di fatto che di regola tale raggruppamento micellare in una soluzione colloidale in equilibrio non si verifica per la presenza del così detto colloide protettore o stabilizzante.

Le ricerche di fatti di laboratorio hanno dimostrato che la aggiunta di un colloide ad un altro riesce a proteggere questo ultimo contro la coagulazione a condizione che il primo abbia un grado di dispersione micellare maggiore (nel caso nostro albumina solubile) del secondo (micelle di caseina), o comunque che il colloide protettore sia stabile ed il secondo instabile.

Ciò premesso traspare subito — a proposito dei problemi relativi alla difficile digestione del latte vaccino da parte del lattante — l'importanza non solo della maggiore quantità percentuale o concentrazione della caseina contenuta, e fino ad ora pressochè esclusivamente chiamata in causa; ma anche e molto più — a nostro avviso — della notevole deficienza dell'albumina solubile, come colloide protettore della prima. Partendo pertanto da questi concetti ho fatto eseguire dal Bentivoglio accurate ricerche di laboratorio sul fenomeno di precipitazione e di coagulazione macroscopica ed ultramicroscopica del latte di vacca agli effetti dell'aggiunta di un colloide protettore nelle proporzioni approssimative nelle quali si trova l'albumina di fronte alla caseina nel latte di donna. A questo scopo fu scelto in un primo tempo tanto l'albumina di uovo pura Merch quanto la gomma arabica pura della casa Erba; ma nell'ulteriore corso dell'esperienze ci convincemmo dell'utilità di dare la preferenza a questa ultima sia perchè notoriamente la sua soluzione colloidale è una delle più stabili, essendo costituita da micelle tra le più piccole, sia per ragioni di praticità (facilità di acquisto, di preparazione e di conservazione) e molto più per la sua innocuità dovendosi considerare, anche se introdotta nel tubo gastro intestinale del bambino, come una sostanza inerte in base alle ricerche eseguite ed avente perciò funzione più che altro di presenza, a differenza delle albumine dell'uovo.

I risultati di queste osservazioni, condotte con pazienza e con svariati accorgimenti di tecnica per la ricerca del migliore effetto, sono stati senza dubbio dimostrativi per riguardo alla questione che ci interessa e pienamente concordanti tra loro. Difatti il reperto ultramicroscopico del latte vaccino crudo, addizionato in precedenza con una soluzione di gomma arabica, e praticata dopo un certo tempo dell'avvenuta mescolanza, si modifica con tendenza a perdere il fondo grigio caratteristico ed acquistarne uno più scuro (quello di donna ha un fondo oscuro netto) come se effettivamente fosse intervenuto un aumento nel grado di dispersione delle micelle di caseina. Parallelamente anche l'osservazione macro- ed ultra-microscopica relativa alla precipitazione ed alla coagulazione del latte, dopo l'aggiunta del colloide protettore, si presenta in modo differente a confronto del controllo; in quanto nel campione di latte vaccino addizionato con gomma arabica il fenomeno macroscopico di precipitazione e di formazione di coaguli si manifesta in fiocchi più piccoli, più fini e più porosi a confronto del controllo, cercando così di avvicinarsi a quanto si verifica col latte di donna; ed in effetto il contemporaneo esame ultramicroscopico dimostra che l'aggregazione micellare avviene in forma più fine ed a guisa di reticolo a strette maglie.

Si è anche potuto constatare che affinchè tali caratteri differenziali si rendano manifesti occorre non solo lasciare la soluzione del colloide protettore a contatto con il latte per un certo tempo (almeno un'ora) ma anche che in pratica la soluzione più adatta per ottenere l'effetto desiderato oscilla tra il 5 ed il 10%.

Le ricerche estese oltre che nel latte vaccino crudo anche in quello bollito o diluito hanno mostrato, come era prevedibile in base alle leggi che governano i fenomeni di chimica colloidale, differenze sensibili nel tempo e nelle modalità della coagulazione, pur facendo sempre rilevare in maniera manifesta la benefica azione del colloide protettore aggiunto. Tenuti presenti questi risultati ottenuti estendemmo le nostre indagini allo studio della viscosità e della tensione superficiale (Bentivoglio) del pH (Giuffrè) nel latte vaccino con o senza l'aggiunta della soluzione di gomma arabica, e paragonato con il latte di donna. Si potè così dimostrare un aumento sensibile della viscosità nel latte di vacca per l'aggiunta della gomma arabica. Parallelamente si è osservato che la tensione superficiale del latte di vacca, mentre aumenta leggermente se diluito con HO, invece, se diluito con soluzione gommosa, tende a diminuire in grado notevole avvicinandosi a quello del latte di donna.

Tutti questi dati relativi alle modificazioni notevoli che si verificano nella compagine colloidale del latte vaccino per aggiunta della gomma arabica (maggiore grado di dispersione delle micelle di caseina, aumento della viscosità, diminuzione della tensione superficiale) hanno un'importanza grande per la sta-

bilità della stessa compagine colloidale, stabilità che raggiunge appunto il grado massimo nel latte di donna.

Infine il pH della soluzione gommosa al 10 % in acqua distillata è risultato di 5,2 e 5,4, vale a dire un grado di acidità notevolmente aumentato in relazione a quello del latte vaccino puro, che oscilla intorno a 7. Con l'aggiunta appropriata di bicarbonato di sodio ovvero di acqua seconda di calce è stato facile riportare il pH a 7. Per altro anche l'aggiunta pura e semplice della soluzione gommosa al latte vaccino sposta assai poco il pH di questo ultimo, evidentemente per l'azione di tampone esercitata per un certo tempo dal latte medesimo; superato però questo limite di tempo e con temperatura ambiente piuttosto elevata, tale azione di tampone risulta annullata.

Se ne trasse pertanto la conclusione dell'opportunità e dell'utilità di aggiungere alla soluzione di gomma arabica dell'acqua seconda di calce al 10 % ovvero del bicarbonato di sodio al 2 ‰ a scopo neutralizzante in specie durante la stagione estiva, tenuto conto che la preparazione del latte si pratica in genere una volta al giorno per venire poi frazionatamente consumato durante le 24 ore.

I risultati raggiunti con queste ricerche di laboratorio apparivano senza dubbio assai promettenti ed incoraggianti e non potevano quindi non richiamare la nostra attenzione sui riflessi di essi a riguardo dei fenomeni digestivi e perciò sulla possibilità di sfruttarli nella pratica dell'allattamento artificiale. Passammo quindi ad applicare senz'altro i concetti suesposti ed i risultati delle prove di laboratorio sui bambini costretti per motivi diversi ad allattamento artificiale, tanto sani di età varia (dalla prima settimana di vita ad alcuni mesi), (in un primo tempo nel Brefotrofio di Pavia, ed in quello di Milano, ed in un secondo tempo nella apposita *crèche* instituita nella Clinica Pediatrica di Roma), quanto su quelli in stato di atrofia, talora accentuatissima, per pregressi e continuati disturbi dell'alimentazione.

Nell'intento che le numerose prove cliniche da noi istituite, durante quest'ultimo quadriennio (direttamente e constantemente vigilate dal mio prezioso collaboratore prof. Bentivoglio), potessero fornirci una dimostrazione per quanto possibile completa dei risultati che si sarebbero riscontrati, noi abbiamo creduto opportuno di non limitarci alla registrazione pura e semplice dei sintomi clinici, ma allo scopo sia di cercare una interpretazione scientifica dei medesimi, e sia di tentare di risolvere alcuni problemi inerenti a questo nuovo metodo di correzione del latte vaccino, abbiamo contemporaneamente eseguito numerose ricerche di laboratorio a scopo clinico.

E pertanto da un lato abbiamo tenuto conto sia dell'andamento giornaliero della digestione rappresentata specialmente dall'attento esame macroscopico delle feci (composizione, colore, odore, reazione, numero delle scariche ecc.), sia del limite di tolleranza di tale alimento in rapporto alla curva del peso (giornaliero e settimanale) ed all'ulteriore sviluppo del bambino, confrontandolo tanto col periodo precedente alla somministrazione della gomma arabica, quanto con quello durante la sospensione della medesima nello stesso soggetto; nonchè con l'andamento di alcuni bambini controllo nutriti semplicemente con le abituali regole dell'allattamento artificiale e con latte vaccino liquido od in polvere. Contemporaneamente in questi soggetti è stato osservato l'andamento più o meno armonico dello sviluppo corporeo in toto, dell'ossificazione, dello stato del pannicolo adiposo, tono muscolare, sanguificazione ecc. Dall'altro lato, a complemento di queste osservazioni cliniche, abbiamo osservato:

a) la durata della digestione gastrica, con l'indagine radiologica (dott. Gorini);

b) il ricambio azotato (dott. Chantel);

c) il rapporto centesimale dei grassi eliminati colle feci (prof. Bentivoglio);

d) il comportamento dell'ammoniaca nelle urine (dott. Celi);

e) l'andamento dell'ossificazione con l'indagine radiologica (dott. Fumi);

f) il comportamento della gomma arabica nel tubo digerente (prof. Bentivoglio).

Trattandosi sul momento di un lavoro di insieme sarebbe completamente fuori luogo entrare, anche parzialmente, in dettagli su queste ricerche, che del resto sono ampiamente descritte nelle singole monografie, talune delle quali ancora in via di pubblicazione. Mi limiterò pertanto a riassumere in modo schematico le conclusioni alle quali siamo pervenuti; le quali, perchè basate sopra un così lungo periodo di esperimenti (un quadriennio), su diversi e numerosi soggetti e suffragate e completate da molteplice ricerche, ci autorizzano a ritenerle pienamente corrispondenti alla realtà.

In tesi generale noi possiamo affermare che, adeguando la quantità percentuale di gomma arabica alle esigenze individuali (ciò specialmente a proposito dei lattanti del 1° e 2° mese di vita) i risultati clinici raggiunti sono stati veramente lusinghieri.

È risultato infatti:

una maggiore stabilità e regolarità delle funzioni digestive (specialmente evidenti nei casi in cui in precedenza le funzioni intestinali erano irregolari), tanto da non dovere procedere per settimane consecutive — benchè in periodo estivo — ad alcuna variazione nelle diete;

la possibilità di somministrare ai bambini, benchè nelle prime settimane di vita con vantaggio e con perfetta tolleranza, diluizioni di latte vaccino assai minori delle consuete, fino cioè a 2/3 di latte, evitando così a questi piccoli organismi i danni derivanti dall'eccessiva diluizione del latte, alla quale per altro, seguendo le comuni regole, si suole da tutti ricorrere nell'intento di eliminare i gravi e maggiori pericoli di natura alimentare, a cui abitualmente vanno incontro questi lattanti nutriti con latte vaccino poco diluito;

una notevole diminuzione, fino talora alla scomparsa dei fenomeni putrefattivi, che caratterizzano di regola il comportamento digestivo del bambino ad allattamento artificiale; a giudicare almeno dalla scomparsa nelle feci dall'odore fetido con sostituzione di un odore *sui generis* più o meno acre;

una trasformazione della reazione fecale da alcalina in una piuttosto acida od anche nettamente acida;

una produzione di feci meno asciutte, meno solide e più colorate, fino ad assumere in certi casi la tinta giallo oro caratteristica della bilirubina, tanto da rassomigliare grandemente alle feci da allattamento naturale;

una netta tendenza alla diminuzione della costipazione (fatto abituale nei bambini ad allattamento artificiale) e quindi all'umento delle scariche; fenomeno questo, in specie nei bambini dal primo trimestre di vita, qualche volta eccessivo e legato a fecci talora iperacide, tanto da richiedere ad ogni pasto una aggiunta alla dose abituale di acqua di calce;

un aumento percentuale di acidi grassi nelle feci a spese del grasso neutro ed una contemporanea e significativa diminuzione del percento di saponi alcalini terrosi, in relazione ai diminuiti fenomeni putrefattivi; constatazione questa di notevole importanza in quanto è noto che lo studio del rapporto centesimale dei grassi eliminati rappresenta l'indice migliore delle funzioni digestive negli allattati artificialmente;

una durata della digestione gastrica, controllata e seguita con l'indagine radiologica, di regola (rare si presentano le eccezioni) sensibilmente abbreviate da un minimo di 1/2 ora ad un massimo di 1 ora, nei bambini trattati con l'aggiunta di gomma arabica rispetto agli stessi soggetti durante i periodi di sospensione della medesima; durata che è possibile diminuire ancora ulteriormente mescolando al latte, contenente la soluzione gommosa, anche una adeguata quantità di sostanze idrocarbonate sotto forma di farine;

un aumento di ritenzione di azoto da parte dell'organismo infantile in seguito alla sostituzione della soluzione gommosa all'acqua semplice, come mezzo di diluizione del latte.

Tale aumento risulta costante, pure variando entro limiti ampi, (da un minimo di 0,96 % ad un massimo di 14,97 % nei casi studiati). Esso si è di regola dimostrato tanto maggiore quanto più il ricambio azotato appariva originariamente insufficiente: esempio tipico presentano i bambini atrofici;

un andamento della curva ponderale assai migliorata, in taluni casi addirittura insperata (ad es. negli atrofici, ai quali col nostro metodo ci è stato possibile passare rapidamente alla somministrazione del fabbisogno alimentare necessario), molto più regolare, costante e sensibile tanto sullo stesso soggetto a confronto dei periodi di sospensione della gomma, quanto in paragone degli altri bambini controllo alimentati con le regole abituali dell'allattamento artificiale;

uno sviluppo contemporaneo dell'organismo infantile in toto sensibilmente adeguato alle sue migliorate funzioni digestive;

una diminuzione sempre evidente — fino talora alla scomparsa — del miglioramento constatato nelle funzioni digestive in tutti quei casi, in cui la somministrazione di gomma arabica o non era bene adeguata al singolo caso, ovvero veniva notevolmente ridotta o sospesa; fenomeno questo tanto più facile a verificarsi in quei soggetti che originariamente più si allontanavano dalla norma;

un andamento del processo di ossificazione (controllato e seguito periodicamente ogni mese con indagine radiologica) normale nella grandissima maggioranza dei casi, essendosi raramente potuto rilevare — e comunque soltanto mercè l'indagine radiologica — sintomi di rachitismo lieve, ad eccezione dei soggetti prematuri od eredo luetici, e pertanto di speciale costituzione;

infine la dimostrazione che il colloide protettore (gomma arabica), da noi adoperato per facilitare la digestione del latte vaccino, agisce solo di presenza esercitando indirettamente una certa azione sul metabolismo nutritivo. Difatti le ricerche al riguardo hanno dimostrato che la gomma arabica non viene attaccata e scissa dai succhi digerenti del lattante: scissione che invece parzialmente si verifica nell'ultmo tratto dell'intestino da par-

te di una certa flora batterica, e ciò in maniera più netta e costante in quei bambini in cui essa viene somministrata a confronto dei controlli.

In base pertanto ai concordi risultati clinici rafforzati e completati dalle varie ricerche di laboratorio, noi riteniamo di potere essere autorizzati a concludere che l'uso appropriato di queste sostanze nella pratica dell'allattamento artificiale, con ogni probabilità a causa della sua azione colloidale sulla molecola caseinica può rendere in pratica dei segnalati servigi. Essa difatti oltre a dimostrare in via immediata una spiccata tendenza a provocare nel lattante delle feci presentanti requisiti coprologici simili a quelli che si osservano nell'allattamento naturale (e perciò una migliore digestione ed utilizzazione dell'alimento introdotto); presenta anche il vantaggio grande sia di una reale stabilizzazione e regolarità di tali funzioni (d'onde la possibilità di somministrare abitualmente la razione ottima tenuto conto della stabilizzazione del limite di tolleranza per il latte vaccino) sia della possibilità di venire adoperata in qualunque periodo della vita del lattante a cominciare dai primi giorni di vita, ed infine essa ci permette l'uso di diluizioni assai minori del latte vaccino quindi di eliminare i notevoli inconvenienti da essa derivanti, ed in prima linea quello di uno stentato accrescimento.

Tali risultati assumono evidentemente un'importanza anche maggiore se noi, invece di limitarci alla costatazione individuale, passiamo a considerarli, come è logico, dal punto di vista collettivo.

I pediatri infatti sono concordi nel dichiarare, in base anche alle esperienze personali, che l'allattamento artificiale di un singolo bambino in casa privata sotto la vigilanza materna — in specie dopo il 2° mese di vita —, seguendo scrupolosamente le norme note e con il controllo sanitario può dare dei risultati in tesi generale buoni o comunque soddisfacenti, e ciò sia con latte vaccino modificato e corretto coi metodi più vari (latte vaccino bollito, diluito semplicemente con acqua zuccherata, o latte in polvere con o senza aggiunta di farine diastasate, amido diastasate, decozioni di cereali ecc.) e sia con le farine lattee.

I pediatri per altro sanno anche con quanta difficoltà nella pratica si riesce ad ottenere buoni risultati e come sia necessario ogni volta individualizzare bene — attraverso molteplici prove, talune delle quali soventi più o meno dannose per l'organismo infantile — la qualità e la razione alimentare più adatta per l'accrescimento del bambino sottoposto ad allattamento artificiale. Ed anche quando tutto ciò è stato raggiunto — e nei casi fortunati si è ottenuta la stabilizzazione — non si può mai sperare di ottenere coi metodi fino ad ora in uso di evitare la presenza e la prevalenza dei fenomeni putrefattivi o di trasformare i requisiti coprologici caratteristici delle feci, per limitarci soltanto ad un effetto immediato dell'allattamento artificiale.

D'altra parte in particolar modo i direttori dei Brefotrofi, delle *crêches*, delle sale di allattamento, conoscono pur troppo per dolorosa esperienza che se tali soddisfacenti risultati non è poi tanto difficile ottenere in casi privati, è invece difficilissimo registrarli là ove vi è una collettività di bambini, in quanto qui per molteplici ragioni, talune addirittura inevitabili, eppure tanto temibili (affollamento, affezioni di natura parenterali, in specie grippali, deficienza di personale di assistenza immediata difficoltà di preparazione dell'alimento adeguato per ogni singolo caso, ecc.) non è umanamente possibile ottenere un ambiente favorevole e sotto ogni rapporto simile a quello che può procurarsi nel caso dell'allattamento artificiale limitato ad un singolo individuo.

Ed in vero le relazioni pubblicate dai direttori di questi Istituti documentano in maniera assai chiara da un lato i gravi inconvenienti dell'allattamento artificiale e gli scarsi risultati raggiungibili, e dall'altro le preoccupazioni continue e gli sforzi più tenaci messi in opera per ottenere risultati, se non soddisfacenti, almeno mediocri; e tutto ciò non ostante l'uso del latte in polvere da molti adottato per cercare di eliminare taluni inconvenienti, controbilanciati d'altro lato dal pericolo della carenza di grasso ad essi inerenti.

Orbene il metodo da noi proposto è stato esperimentato appunto nelle condizioni più difficili (Brefotrofi e sale di allattamento); ciò non ostante i risultati sono quelli sopra registrati: tanto è vero che ormai da alcuni anni lo abbiamo regolarmente e universalmente adottato nella sala per lattanti della Clinica, senza contare che pure in case private ci ha bene corrisposto. Esso inoltre ci ha reso dei buoni servizî anche in taluni bambini ricoverati per malattie acute delle vie digestive e particolarmente in quelli colpiti da gastro-enterite acuta, nei quali l'uso del latte iperalbuminoso o comunque scremato è stato meglio tollerato in seguito all'aggiunta della soluzione della gomma arabica.

Abbiamo creduto utile riassumere in questa nota i risultati clinici e sperimentali ottenuti

durante un quadriennio di assiduo lavoro eseguito nella Clinica Pediatrica di Roma per richiamare l'attenzione degli studiosi su questo importante argomento. Con il metodo da noi proposto per cercare di migliorare gli abituali risultati dell'allattamento artificiale noi osiamo sperare di avere portato un contributo non disprezzabile, senza avere per altro alcuna pretesa di ritenere che esso debba rappresentare il migliore in senso assoluto; paghi soltanto se, come ci auguriamo, verrà sperimentato e confermato anche da altri.

RIASSUNTO.

L'A. dopo avere fatto eseguire ricerche nel latte vaccino dal punto di vista colloidale, ha aggiunto ad esso un colloide protettore (gomma arabica) per facilitarne la digestione da parte del bambino lattante. I risultati dell'esperienza clinica hanno confermato la grande utilità di questo nuovo metodo di correzione del latte vaccino nella pratica dell'allattamento artificiale.

LEZIONI.

Clinica Medica della R. Università di Catania.

Catarro bronchiale dei vecchi, rene senile, arteriosclerosi.

Lezione clinica

del prof. Luigi Ferrannini, direttore,

raccolta e riassunta

da Alfredo Ferrannini, allievo interno.

Presento un caso tipico di stato morboso dei vecchi; perchè Loro abbiano l'impressione precisa di quel che può fare l'età sia pure col concorso di altri fattori; perchè in uno dei quadri clinici più comuni Loro abbiano un campione della patologia della vecchiaja, che dal punto di vista dottrinale e pratico ha un interesse assai superiore a quello che comunemente si dimostra.

L'infermo (Gri. Carmelo, fu Filippo, da Catania) è un settantenne carrettiere, che non ha alcun che d'importante nei suoi precedenti eredo-famigliari; e personalmente ricorda di aver sofferto solo di malaria protrattasi per circa 18 mesi quand'egli aveva 20 anni. A 24 anni s'è ammogliato; e dal matrimonio son nati solo 4 figli, che sono tutti viventi e sani.

Da un anno egli è malato, ed ha cominciato a lamentarsi di astenia, adinamia, tosse con espettorato muco-purulento abbondante, lieve dispnea da sforzo. Per questi disturbi è stato allora già ricoverato in quest'ospedale, donde è uscito dopo tre mesi assai migliorato ma non del tutto guarito. Tornato a casa, dopo qualche mese ha visto esacerbarsi di nuovo tutte le sue sofferenze tanto da sentirsi costretto a tornar qui il 23 gennaio ultimo.

È un uomo normotipico, in discreto stato di nutrizione generale, di colorito bruno-pallido, con muscolatura flaccida ed ipotrofica, in decubito abitualmente ortopnoico, con una frequenza di 100 pulsazioni e 28 atti respiratori per minuto. Solo negli ultimi giorni di gennajo egli è stato leggermente febbricitante tra 37°,1 e 38°, ma in seguito è stato sempre sfebbrato.

Noi possiamo in lui distinguere tre gruppi di fatti, rispettivamente a carico dell'apparecchio respiratorio renale e circolatorio.

Per quanto riguarda l'apparecchio respiratorio ho già detto che da un anno l'infermo ha tosse ed espettorazione abbondante ed affanno; ed abbiamo visto anche che egli ha una frequenza respiratoria superiore alla normale, pur stando in riposo ed in decubito, ortopnoico. Objettivamente Loro possono notare la forma cubica del torace, con fosse sopra- e sotto-clavicolari bene evidenti, respiro a tipo costo-addominale con lievi rientramenti inspiratorii, in corrispondenza del IX e X spazio intercostale lungo la linea angolo-scapolare bilateralmente; alquanto aumentata la resistenza toracica; leggermente abbassato il margine inferiore dei polmoni, che si espande per circa cm. 1 1/2 sull'angolare della scapola; mormorio vescicolare su tutto l'ambito polmonare con espirazione notevolmente prolungata, e numerosi rantoli a bolle diseguali inspiratorii ed espiratorii non sonori diffusi su tutto l'ambito polmonare ma particolarmente abbondanti alle basi specialmente a destra. L'espettorato abbondante e muco-purulento non presenta nulla di caratteristico neppure microscopicamente. Questa è la sindrome dell'apparecchio respiratorio che ho esposta in succinto tacendo tutto ciò che è negativo.

È la sidrome comune di una bronchite cronica, che può avere delle esacerbazioni e delle remissioni ma senza alcuna tendenza a guarigione: essa non è guarita neppure quando l'infermo in principio è stato per 3 mesi ricoverato all'ospedale e sottoposto alle cure del caso, e non è guarita neanche durante la degenza attuale. Questa tenacia, insieme con la localizzazione prevalente alle basi, è la caratteristica della bronchite dei vecchi; per la quale son quasi sempre tossicolosi ed ostinatamente tossicolosi gl'individui di una certa età.

Quest'individuo, facendo il carrettiere, ha indubbiamente esercitato uno dei mestieri che maggiormente espongono alle affezioni dell'apparecchio respiratorio; ma Loro tengano conto che in tanti anni di vita di carrettiere egli non ha patito alcun male, ed ha avuto la sua bronchite quando è fatto vecchio e quasi non lavorava più. È evidente che la vecchiaja e

non la vita del carrettiere è responsabile della sua bronchite, che è potuta esser solo e parzialmente preparata dalle vicissitudini atmosferiche cui è esposto, per il suo duro mestiere, un carrettiere.

Dicevo che la gran maggioranza dei vecchi ha un catarro bronchiale cronico e tenace, ed aggiungo anche che la maggior parte di essi muore per polmonite, per dimostrare quanto sono frequenti e gravi le affezioni dell'apparecchio respiratorio dei vecchi e quanto legittimo interesse debbono avere per noi medici.

È che per la vecchiaja si costituiscono nell'individuo condizioni speciali, perchè l'apparecchio respiratorio ammali ed ammali profondamente ed insanabilmente.

L'età colpisce l'apparecchio respiratorio in estensione ed in profondità.

Spicca anzitutto un processo lento e progressivo di atrofia e degenerazione cellulare: l'epitelio cilindrico vibratile dei bronchi diviene più cubico e più basso e perde man mano le ciglia che sono strumento di protezione e difesa, le fibre muscolari si atrofizzano e degenerano, le fibre elastiche bronchiali e polmonari poco a poco scompajono, le cartilagini si rammolliscono o si atrofizzano. Si aggiunge uno stato sempre più ingombrante di antracosi fisiologica, la sclerosi connettivale e l'enfisema, con desquamazione dell'epitelio alveolare, atrofia e scomparsa dei setti infundibulari. Con tutto questo si unisce un difetto di circolazione sanguigna, una stasi per alterazioni senili del cuore e dei vasi, donde facili congestioni. E concorre pure a disturbare la circolazione il trofismo e la funzione, nell'apparecchio respiratorio, l'irrigidimento del torace per ossificazione delle cartilagini costali, ed anche un restringimento del torace stesso per effetto delle deformazioni senili delle costole e delle vertebre, donde cifosi e scoliosi.

Di pari passo e per effetto degli stessi processi vengono a mancare i più comuni mezzi di difesa, come già accennavo: diminuiscono le prime difese delle fosse nasali e del circolo linfatico perifaringeo, diminuisce l'attività linfatica e fagocitaria e la resistenza generale, diminuisce soprattutto la tosse. Mentre, d'altra parte, si ha una produzione esagerata di muco per aumento delle cellule caliciformi e mucipare nella mucosa bronchiale e per diminuzione della diaforesi, donde il mormorio vescicolare transitoriamente oscuro, i rantoli che Charpet chiamava di distensione (*déplissement*), l'espettorazione mattutina.

E tengano conto che il vecchio respira abitualmente in una specie di atmosfera confinata per il fatto che v'è riduzione dell'ampiezza dell'inspirazione e dell'espirazione, e quindi ritenzione di anidride carbonica ed ematosi deficiente. Ed ancora il vecchio dorme a bocca aperta per ipotonia dei muscoli elevatori della mandibola, donde altre deficienze di difesa ed altri pericoli.

Ecco perchè realmente, come dice Nocguart, il catarro polmonare è in qualche modo la malattia obbligatoria dei vecchi.

Catarro cronico ed enfisema costituiscono realmente per i vecchi un complesso morboso speciale; ed il catarro esagera per via meccanica l'enfisema, come l'enfisema fa aumentare il catarro per i disturbi circolatorii che determina.

E per questo anche la tosse è rara e debole, l'espettorato per lo più abbondante e senza distacco tra massa liquida e parte densa nella forma sierosa o catarro pituitario che è più comune, ma talvolta anche scarso nella forma secca.

Spesso coesiste, e naturalmente collabora, una forma fibrosa di tubercolosi polmonare.

E le modificazioni plessimetriche sono in rapporto specialmente con l'enfisema o la sclerosi.

Sono complicanze più o meno comuni di questa interessante forma morbosa la bronchite fetida, la bronchite asmatica, la bronco-polmonite, le bronchiettasie, l'asistolia.

A conferma di tutto questo io ora leggo e dimostro il risultato dell'indagine radiologica dell'apparecchio respiratorio di questo infermo: Gabbia toracica ampia con spazii intercostali notevolmente più larghi del normale, con decorso delle costole tendente all'orizzantale e con motilità respiratoria di molto ridotta; i campi polmonari, che nei due terzi superiori son diminuiti di trasparenza, presentano una trama polmonare notevolmente accentuata e delle ombre opache di forma cilindrica o rotondeggianti (bronchiettasie) specialmente nelle regioni sottoclavicolari ed alle basi, dove inoltre si notano zone di trasparenza aumentata (enfisema); la cupola diaframmatica destra si trova all'altezza della settima costola e quella di sinistra all'altezza dell'ottava, tutte due son quasi immobili negli atti respiratorii e si deformano — specialmente quella di sinistra che prende una direzione quasi orizzontale —; i seni costo-diaframmatici non si rischiarano.

La sindrome renale del nostro infermo è essenzialmente costituita dai seguenti fatti:

Egli emette nelle 24 ore circa mezzo litro di urina, acida, di peso specifico 1019-1022, contenente 1-1,20 ‰ di albumina, 13-17,4 ‰ di urea, 6,78 ‰ di cloruri, e nel sedimento numerosi cilindri jalini e jalino-granulosi, rare cellule renali, discreto numero di elementi del sangue.

L'urina è appunto abitualmente scarsa nei vecchi, con poliuria notturna e pollachiuria dipendente dalla sclerosi renale e dall'ipertensione dell'acqua nel glomerulo, opsiuria, anisuria, alto peso specifico, poca urea, clo-

ruri quasi normali, poca e talvolta anche niente albumina che va poi progressivamente crescendo, discreto numero di cilindri. Questo è quanto risulta anche da uno studio sul rene senile, che per mio consiglio sta quì facendo il dott. Bongiovanni.

Corrispondentemente nel sangue del nostro infermo è 0,40 ‰ di azoto e 8,19 ‰ di cloro, un aumento quindi di cloro ma non di azoto.

Per quanto riguarda le prove di funzionalità renale dirò che dopo 6 ore di digiuno idrico la densità dell'urina arriva a 1023, e dopo ingestione di 600 cm.c. di acqua in 10 minuti l'infermo riesce ad orinare non prima di ore 4 1/2 cacciando circa 70 cm.c. di urina di peso specifico 1021.

La pressione vasale al Pachon ha segnato 250 per la massima e 130 per la minima.

Questo quadro non è certo quello di un'arteriosclerosi renale o comune nefrite interstiziale primaria o secondaria a nefrite prevalentemente parenchimale (rene grinzo od atrofico), che nel nostro infermo per ragione d'età si potrebbe sospettare. Nell'arteriosclerosi renale v'è ipertensione, iperazotemia, poliuria (per alterazione glomerulare con alta pressione nei glomeruli illesi od ipérpermeabilità delle loro pareti inizialmente o diminuito assorbimento di acqua nei canalicoli) con urine pallidissime a basso peso specifico, scarse quantità di urea e cloruri, albumina poco abbondante fino a 1 1/2 ‰. È un reperto quasi completamente diverso quello osservato nel nostro infermo.

Nelle nefriti croniche dei vecchi prevalgono i fatti di infiammazione più che quelli di stasi, con peso specifico basso delle urine, aumento più o meno notevole dell'azotemia — assolutamente mancante nel nostro infermo — donde sopratutto disturbi del respiro e sonnolenza e quindi esito fatale, presenza di edemi, fenomeni d'insufficienza cardiaca più o meno dipendenti dal rene.

Invece il rene senile atrofico è una speciale nefrite interstiziale diffusa cronica per periarterite e stato ateromasico delle arterie renali. Per irrorazione insufficiente in esso si ha diminuzione delle urine e dei loro costituenti, atrofia dei glomeruli, sclerosi vasale, atrofia generale dell'organo. Per Ballet la sclerosi è primitivamente peritubulare, e la nefrite interstiziale senile consiste in un'atrofia dei tubuli contorti. Sono rari in questa forma i versamenti sierosi e l'ipertrofia cardiaca. Si può avere più o meno ricca la sindrome ipertensiva o piccolo brightismo specialmente per spasmo vasale: ipertensione e piccola uremia: dispnea, dispepsia, vertigini, cefalea, amnesia, prurito, criestesia, acroparestesia, dito morto, crampi, sussulti notturni, epistassi, melopragie, lombagine, disturbi visivi ed uditivi.

In tutti i vecchi, anche apparentemente sani, v'è qualche cosa di questa sindrome del rene senile e l'esame funzionale dei reni dimostra un certo grado di sclerosi.

Il rene senile, come lo descrive Delafontaine che gli ha dedicato un lungo studio, è un rene atrofico rosso granuloso, cosparso di cisti più o meno numerose sulla superficie, e spesso con le arterie in preda ad alterazioni ateromasiche anche macroscopicamente apprezzabili. In esso i glomeruli son sede di una trasformazione jalina o di una sclerosi che li riducono a piccole masse fibrose, in cui le arterie presentano tutti i gradi dell'endoperiarterite. I tubuli sono atrofici e collabiti, talvolta dilatati, e contengono numerosi cilindri. La sclerosi interstiziale è presso che costante ma assai variabile per intensità e distribuzione, per lo più non limitata alla parte corticale e talvolta anche prevalente nella parte midollare. Ma il Delafontaine non manca di avvertire che queste lesioni possono assai variamente combinarsi, fino a non poter essere più ben distinte da quelle della nefrite cronica banale detta interstiziale.

È evidente che queste lesioni hanno origine vasale ed interstiziale: la sclerosi vasale non si può disconoscere; ma del pari non si può negare l'infiltrazione leucocitaria sottocapsulare e periglomerulare, donde deriva la sclerosi primitivamente interstiziale descritta da Oberling, e che dimostra come nel rene senile si trovino, insieme con le lesioni antiche, anche elementi giovani a carattere evolutivo.

Naturalmente questo stato renale aggrava quello dell'apparecchio respiratorio, che abbiamo precedentemente studiato: basta ricordare, in proposito, come il catarro bronchiale sia comune nei nefropazienti per uno stato edematoso del polmone.

E resta ancora la sindrome più direttamente a carico dell'apparecchio circolatorio, di cui ho già ricordato qualche elemento specialmente per quanto riguarda la pressione e la frequenza del polso. Riassumo anche quì solo i dati positivi.

Il cuore è modicamente aumentato di volume in tutte le sue dimensioni ed è ben pulsante, come appare anche alla radioscopia. I toni cardiaci sono alquanto deboli sulla mitrale, ma sui focolai della base è alquanto rinforzato il secondo tono.

All'esame radiologico l'immagine del grosso fascio vascolare, aumentata in altezza, appare lievemente allargata, ma soprattutto presenta il margine destro più convesso e più sporgente del normale. A sinistra l'arco aortico è spiccatamente accentuato. Tutto il peduncolo vasale è animato da pulsazioni molto deboli e poco apprezzabili. Nella posizione obliqua anteriore destra lo spazio retrocardiaco è ben rischiarato. Il radiologo conclude la sua descrizione così: aorta senile.

È questa, in succinto, l'espressione di uno stato di arteriosclerosi e d'ipertensione che comunemente si trova nei vecchi. Nei vecchi l'ipertensione non ha la stessa importanza che ha negli adulti: spesso non è molto intensa, quasi sempre è ben sopportata, senza gl'incidenti improvvisi e gravi che essa determina negli adulti, in dipendenza di tante circostanze ma soprattutto della vita più calma e meno pericolosa che vivono i vecchi.

Assai più importante è l'insufficienza cardiaca, di cui sono principali esponenti il fegato un po' grosso e dolente, un lieve versamento di liquido nel peritoneo, la presenza di elementi del sangue nel sedimento urinario. Essa, oltre a determinare direttamente disturbi gravi, tra l'altro, si ripercuote tanto sulla sindrome bronco-polmonare quanto su quella renale che ho innanzi descritte.

Gli effetti della deficienza cardiaca sull'apparecchio respiratorio, ove determina congestione ed edema per ipostasi, sono chiaramente espressi dalla prevalenza dei fatti catarrali alle basi polmonari.

Quanto al rene basterà che io ricordi sommariamente quanto ha concluso il Delafontaine, che ho già citato per il suo studio sul rene dei vecchi. Egli dice che nei vecchi ben conservati e non ipertesi, anche se cronicamente malati purchè senza segni clinici d'insufficienza cardiaca o di nefrite, l'albuminuria è rara e solo in un terzo dei casi si ha una lieve elevazione del tasso azotemico fino a 0,50-0,80, modificazioni queste tanto più notevoli per quanto più vecchio è il soggetto, anzi per quanto più gravi sono in lui le stigmati generali della vecchiaja. Invece quando v'è ipertensione arteriosa senza insufficienza cardiaca manifesta, con egual frequenza che negli altri aumenta l'urea sanguigna ma l'albuminuria è più comune, giacchè la funzione renale è lesa in tutti gl'ipertesi pur non essendovi un parallelismo tra ipertensione e disfunzione renale. Comunque, i disturbi renali — talvolta anche clinicamente latenti — son quasi costanti nei vecchi, e generalmente fanno parte — come nel nostro caso — di un complesso di disordini funzionali per i quali la sinergia renale e cardio-vasale appare particolarmente intima.

E giustamente Delafontaine conclude che sarebbe forse vano nei vecchi tentar d'isolare tipi clinici, che accentrino attorno ad una lesione alcuni sintomi considerando gli altri come secondarii. La descrizione delle nefriti croniche senili, egli soggiunge, è la dissociazione artificiale di un insieme patologico, in cui lesioni multiple evolvono parallelamente e s'interferiscono le une con le altre, senza che siano comandate da alcuna di esse in modo preponderante.

Abbiamo appunto nel nostro malato per questa triade di sindromi rispettivamente a carico dell'apparecchio respiratorio uropoietico e circolatorio, le condizioni più comuni a trovarsi nella vecchiaia, derivanti direttamente dalla senescenza ed interferentisi potentemente tra di loro: catarro bronchiale dei vecchi, rene senile, arteriosclerosi diffusa.

Non sono certo condizioni gran che modificabili: ma si possono fino ad un certo punto prevenire e ritardare con i mezzi di profilassi cui ho tante volte accennato e consistenti soprattutto nell'opportuna scelta e regolazione del lavoro, nella conveniente igiene, nelle visite periodiche, nella cura tempestiva e sufficiente di ogni menomazione della salute.

Al punto cui le cose son giunte nel nostro malato, c'è poco da sperare per una regressione di sintomi; e lo dimostra il fatto che egli ben poco vantaggio ha tratto da due permanenze in ospedale. Ora egli può solo sperare in una stabilizzazione dei suoi mali od in un più lento decorso di essi.

Noi possiamo ritardare l'inizio e rallentare il decorso della vecchiaja, ma non possiamo nè evitarla nè cancellarla.

Il riposo, cui l'infermo è costretto e che qui gli si assicura; l'alimentazione appropriata cui è sottoposto, le solite cure jodiche che si consigliano sempre ad una certa età, gli gioveranno sopra ogn'altra cosa. Qualche altro vantaggio potrà egli ricavare da cure sintomatiche con gli ipotensivi, i diuretici, qualche balsamico, qualche tonico generale come la china.

Epicrisi. — L'ammalato, che in seguito andò progressivamente aggravandosi, morì il 21 febbraio, ed andò all'autopsia con la diagnosi di arterio-sclerosi generale, bronchite catarrale cronica, enfisema polmonare, rene senile atrofico (nefrite interstiziale cronica diffusa), organi da stasi. La diagnosi anatomica fu: bronchite cronica ed acuta muco-purulenta in polmone enfisematoso, arteriosclerosi, rene grinzo arteriosclerotico ed amiloide, degenerazione del miocardio, organi da stasi.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Di un caso di adenolipomatosi simmetrica

Contributo clinico

per il dott. Ugo Leonelli, medico condotto.

F. L., di anni 52, da Lettomanoppello, possidente; figlio unico; i suoi genitori sono morti in tarda età. Ha cinque figli viventi e sani: uno è nato dopo l'inizio della malattia.

Allevato con latte materno, subì le comuni malattie dell'infanzia.

Da giovane fu malato di difterite e poscia di polmonite. Fu operato per un lipoma della regione epigastrica quando aveva 20 anni.

Ha fatto notevole abuso di vino, non di tabacco.

Il paziente riferisce che nel 1915 ebbe un grande spavento il giorno 13 gennaio a causa di quel disastroso terremoto: egli si trovava su un'altura sovrastante al paese, avvertì il terremoto e vide l'abitato ricoperto da un'immensa nuvola di polvere e credette che fossero state distrutte la sua casa e la sua famigliola. Per sua fortuna nè l'una nè l'altra avevano subito danni. Egli insiste col dire che da allora cominciò ad avvertire un ingrossamento del collo, che è andato sempre più aumentando. Dopo parecchi anni l'ingrossamento si è esteso alle ascelle, alle regioni mammarie, alle spalle.

Nessun cambiamento ha notato nel suo sistema nervoso: si è sentito sempre bene ed ha continuato a menare vita attiva.

Esame obiettivo. — Individuo di robusta costituzione fisica; alto m. 1,64; presenta al collo un grosso rigonfiamento a guisa di manicotto su cui è poggiato il capo; i limiti di tale tumore sono piuttosto netti in alto; seguono, indietro l'impianto del cucullare sull'occipitale e, passando per le regioni mastoidee, seguono i bordi del mascellare inferiore; in basso ed in avanti il manicotto del collo è pendulo e si confonde con una notevole tumefazione della regione pettorale la quale si continua con due masse delle regioni ascellari; l'ingrossamento si sperde insensibilmente col grasso normale sottocutaneo delle regioni epigastriche ed ipocondriache.

Indietro l'ingrossamento interessa le regioni mastoidee, il collo, le spalle e il 3° superiore delle braccia e si sperde, senza limiti netti, verso l'8ª vertebra.

Lo sviluppo di queste masse è impressionante; la circonferenza del collo, a testa eretta, è di cm. 61; quella del torace è di cm. 120; il peso dell'individuo è di Kg. 78.

La cute che ricopre tale massa è normale per colorito: si nota però un marezzamento venoso molto sviluppato specialmente nelle regioni clavicolari, sulle braccia e sulle regioni scapolari.

La consistenza delle masse è molle elastica; la pelle è poco spostabile. Palpando nelle regioni sottomascellari, parotidee, ascellari si sentono nell'interno delle masse dei noduli più piccoli e consistenti; la palpazione non risveglia dolore alcuno, nè si è avuto mai dolore spontaneo; tutti i movimenti articolari sono perfettamente liberi. Le mani, gli antibracci, i piedi, le cosce, le natiche sono spiccatamente magre; l'addome è un po' obeso; le regioni inguinali sono normali, nè si notano pleiadi glandolari ingrossate. L'individuo dall'inguine in giù può definirsi un magro. Egli anzi dice che negli ultimi anni ha visto piuttosto dimagrare gli arti.

Sistema respiratorio: nulla di notevole.

Sistema circolatorio: l'aia cardiaca è ingrandita longitudinalmente: l'itto della punta si percepisce nel 6° spazio intercostale un po' in fuori della papillare verticale. Sui focolai della bicuspide e della tricuspide i toni sono normali; sul focolaio dell'aorta e più ancora su quello della polmonare si ha sdoppiamento del 2° tono. Sul manubrio dello sterno si nota ottusità. Ma non vi è impulso del giugulo, non ritardo fra i polsi arteriosi, non alterazione della voce, nè nevralgie, nè alcun segno che faccia pensare a lesione dell'aorta.

L'ottusità retrosternale, il notevole marezzamento venoso e lo sdoppiamento del 2° tono sui focolai della base si spiegano con la compressione esercitata da simili masse grassose retrosternali sugli organi del mediastino anteriore.

Organi addominali: stomaco dilatato; funzioni digestive normali. Il paziente è affetto da emorroidi sanguinanti modicamente.

Il fegato è uniformemente ingrossato nella piccola e nella grande ala, la quale deborda due dita dall'arco costale ma lascia apprezzare i margini e la consistenza normali.

La milza, anche di normale consistenza, si palpa due dita al disotto dell'arco costale.

Sistema nervoso: nulla di anormale: intelligenza sveglia e pronta; assenza di astenia, di nevralgie, di parestesie; nessun tremore alle mani; riflessi normali.

La Wassermann più volte eseguita ha dato risultato sempre negativo.

L'ammalato ha fatto lungamente uso di preparati tiroidei sia per via orale, che ipodermica; ma non ne ha avuto alcun giovamento.

Le condizioni generali in 14 anni, cioè dal 1914 al 1929 sono restate sempre buone; solo il tumore grassoso ha continuato a crescere lentamente e progressivamente. Essendosi recato a Roma per farsi osservare da specialisti gli fu consigliata l'applicazione di radium; il che fece per tre sedute e in effetti la parte anteriore del collo impicciolì: e ciò era dimostrato anche dal fatto che dovette

far restringere la scollatura della camicia. Però 20 giorni dopo l'ultima applicazione ebbe delle ulcerazioni sul giugulo; l'ammalato si preoccupò e non volle continuare le applicazioni.

La morte è avvenuta nel marzo 1929 per bronco-polmonite. Dopo 6 giorni di malattia si è avuto collasso cardiaco.

La fotografia è anteriore di alcuni anni all'epoca della morte; pure vi si scorge bene l'enorme colletto grassoso; così pure si intravvedono i rigonfiamenti delle spalle e delle ascelle.

Il caso descritto appartiene a quella forma studiata nel 1898 da Launois e Bensaude e a cui questi autori hanno dato il nome di *adenolipomatosi simmetrica;* precedentemente erano stati riferiti casi isolati da Brodie, Hugier, Mac Cormac, Baker, Madelung il quale ultimo aveva proposto il nome di *collo grasso.*

La malattia è caratterizzata sopratutto dall'enorme colletto di grasso che fa assumere alla faccia e alla testa, che restano normali, una *forma a pera.* Il collare si compone di più masse: una a ferro di cavallo occupa la regione ioidea, sporge innanzi al mento e raggiunge lateralmente le fosse parotidee; due sporgenze retromastoidee emisferiche, separate una dall'altra da un solco mediano, che dà loro un aspetto natiforme, occupano la nuca; un ammasso mediano corrisponde presso a poco alla 7ª vertebra cervicale. Per lo più tutte queste masse si congiungono e il collare diventa continuo (Leri).

Si ricorda un ammalato di Virchow nel quale il collo aveva 60 cm. di circonferenza: il mio ne aveva 61!

La malattia per parecchi anni è circoscritta alla regione cervicale, ma lentamente si diffonde alle regioni pettorali, ascellari, scapolari, e qualche volta è giunta perfino al triangolo di Scarpa. Le masse lipomatose hanno la caratteristica di disporsi sempre simmetricamente o lungo la linea mediana o ai lati del busto; i loro limiti non sono netti ma si confondono col normale grasso; sono aderenti alla pelle e ai tessuti profondi.

La differenza tra questa forma e il morbo di Dercum viene stabilita tra l'altro dall'assenza nell'adenolipomatosi di ogni dolore delle masse e di qualsiasi disturbo generale.

Può riscontrarsi a volte compressione di organi endotoracici (vena cava superiore, albero bronchiale) da parte delle masse con localizzazione tracheo-bronchiale. La malattia è molto rara e si riscontra quasi esclusivamente negli uomini ed in età adulta; il suo interesse deriva dalla discussione a cui ha dato luogo la sua patogenesi. Il Launois e Bensaude, che per primi hanno individuato la forma clinica, partendo dal concetto che le masse si sviluppano di preferenza in regioni provviste di glandole linfatiche e dal risultato dell'esame istologico delle masse, che includono glandole o porzioni di glandole, hanno pensato ad una affezione glandolare primitiva che determinerebbe un'infiltrazione adiposa e la malattia avrebbe quindi affinità con i casi di adenolinfocele.

Labbé, Ferrand, Leri ed altri studiosi, specialmente francesi, ritengono che le formazioni lipomatose siano una reazione del tessuto sottocutaneo alle diverse infiammazioni attenuate: cioè sarebbero le glandole linfatiche, stazione di arresto specialmente dell'infezione tubercolare, che reagirebbero con un processo di adiposi; da ciò il nome di adenolipomatosi.

Invece nei casi istologicamente studiati da Jolly e da Queri si riscontrarono nelle masse lipomatose produzioni cordoniformi di tessuto fibroso, ricco di vasi, con assoluta assenza di glandole linfatiche.

Launois e Bensaude sostengono che quando la malattia si sviluppa in regioni povere di tessuto linfatico, ivi possono esistere abbozzi di tessuto linfadenico; essi insomma ritengono che la malattia sia dipendente da alterazione del tessuto linfadenico: ciò spiegherebbe l'ingrandimento di milza e di fegato che, come nel nostro caso, spesso si osserva insieme ad una leucocitosi.

Castellino e Pende (*Patologia del simpatico*) ritengono che esista una parentela di questa con le altre lipomatosi simmetriche (nodulare multipla, lipomatosi delle estremità, articolare arborescente, adiposi analgesica, morbo di Dercum) e dipenderebbe da disturbi endocrini specialmente della tiroide.

L'Aievoli sostiene che l'istogenesi del tessuto linfatico sia intimamente legata a quella del tessuto adiposo, onde l'uno può formarsi a spese dell'altro. E per le correlazioni fisiologiche esistenti tra sistema endocrino e sistema linfatico le alterazioni del primo producono modificazioni del metabolismo del sistema linfatico.

Anche Martelli sostiene che fra i lipomi del morbo di Dercum e quelli della lipomatosi nodulare multipla esista quasi identità istografica e istochimica; sono formati da cellule adipose adulte, presentano zone iperemiche ed infiltrati parvicellulari perivasali. Nei casi dolorosi si aggiungerebbe una nevrite cronica delle scarse fibrille nervose.

Il Maragliano rileva che, pur essendo quasi identici i criterii istopatologici, molto diversi

sono quelli clinici: il morbo di Dercum presenta numerose turbe nervose (astenia psichica e cardiovascolare) conduce rapidamente alla cachessia ed ha esito infausto, mentre a volte nei casi lievi si giova molto della terapia tiroidea; la lipomatosi non dolorosa non dà alcun disturbo, è perfettamente tollerabile per molto tempo e non si giova affatto di cure opoterapiche. Inoltre mentre l'inizio delle forme non dolorose è subdolo, quello delle forme dolorose è generalmente acuto (attacco lipomatoso del Martelli, che lo paragona all'accesso gottoso) con febbre, dolori intensi, brividi.

Martelli con Fichera e Loeb paragona l'accesso acuto ad uno shok anafilattico che porta alla liberazione immediata dell'organismo da un *quid* tossico lipoideo; la scarica lipoidea nella lipomatosi simmetrica avverrebbe lentamente e gradatamente per una deviazione della lipogenesi probabilmente da alterato ricambio. Il nostro ammalato affermava che aveva notato l'inizio della malattia dopo un grande spavento, ma è da rilevare invece che anche in gioventù egli aveva avuto un lipoma isolato.

È certo che nella maggioranza dei casi studiati si riscontrano come fattori etiologici: l'età adulta del soggetto (al disopra dei 40 anni) quando il ricambio è rallentato, e l'alcoolismo.

Spesso fu riscontrata la presenza contemporanea della sifilide; della tubercolosi; dell'albuminuria; della diatesi neurartritica; o della semplice obesità.

Nel nostro caso era interessante il fatto che l'individuo aveva gli arti molto magri; e ciò mi sembra infirmare il concetto che « come il mixedema è un'affezione del tessuto connettivo, la lipomatosi sarebbe una lesione del tessuto adiposo che rientrerebbe nel gruppo delle obesità discrasiche » (Pallasse), perchè il mixedema e le obesità discrasiche sono malattie generali diffuse a tutto l'organismo; nella malattia in esame invece la neoformazione di grasso ha il vero carattere di un *tumore* con una vitalità sua propria indipendente dal resto dell'organismo: infatti il nostro individuo è dimagrato e le masse lipomatose hanno continuato a crescere.

Concludendo a me pare che per l'assenza dei fenomeni endocrinosimpatici, per l'inefficacia della terapia tiroidea il nostro caso non confermi l'ipotesi etiologica della natura endocrina dell'adenolipomatosi che pure è così suggestiva nel morbo di Dercum.

Lettomanoppello (Pescara), nov. 1931-X.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce su un caso di adenolipomatosi simmetrica, durato 14 anni, enumera le varie ipotesi patogenetiche, e dall'esame del suo caso esclude la natura endocrina della malattia.

BIBLIOGRAFIA.

CASTELLINO e PENDE. *Patologia del simpatico.*
ERIBERTO AIEVOLI. *Distrofie lipomatose. Lipomi. Nuove indagini di etiologia e patogenesi.*
Malattia di Dercum e lipomatosi nodulare multipla. Casistica. In Policlinico, 14 gennaio 1924, n. 2.
Lipomatosi simmetrica famigliare. In Policlinico, 2 novembre 1931, n. 44.
Alcune forme cliniche di adiposi localizzate del prof. LERI di Parigi, in Le Monde Médicale, novembre 1924.

IGIENE

Diffusione dei mezzi di lotta antilarvale nella profilassi antimalarica. Intervento obbligatorio. Risultati in provincia di Reggio Calabria (*).

Dott. EMANUELE TRAVERSA,

Medico Prov. agg. reggente l'Ufficio Sanitario Provinciale di Reggio Calabria.

Sin dal 1929 in Provincia di Reggio Cal., auspice il Provveditorato alle Opere Pubbliche della regione e per esso l'Ispettore Generale medico dott. A. Paladino addetto a quell'Ufficio, si è provveduto alla diffusione dei mezzi di lotta antilarvale nella profilassi antimalarica e cioè allo spargimento periodico della miscela arsenicale (aceto-arsenito di rame e polvere di strada) sulle acque scoperte o a lento decorso entro il perimetro delle zone malariche legalmente riconosciute.

Non esito a dire che tale importante presidio antimalarico diretto a diminuire sensibilmente il numero degli anofeli — noti vettori del parassita dell'endemia palustre — aggiunto agli altri mezzi di lotta già in uso presso i 64 Comuni malarici della Provincia (bonifica umana e profilassi a mezzo di chinino) ha fatto diminuire sensibilmente la morbilità per malaria e ridurre a pochissimi i casi di morte per tale infermità.

Data la semplicità ed innocuità d'impiego del presidio profilattico ed il bisogno di arricchire ancora di un'altra arma potente l'organizzazione antimalarica mediante la diffusione dei mezzi di difesa antianofelica a larghe

(*) Relazione al I Congresso Medico-Chirurgico Calabrese (Cosenza).

basi capaci di fronteggiare — pur senza la presunzione di volerlo debellare — il pericolo della malaria, pericolo che incombe purtroppo su oltre due terzi dei Comuni della Provincia, S. E. il Prefetto Carini prontamente accogliendo la proposta dell'On. Provveditorato, con Decreto 18 aprile 1929 tale mezzo di lotta rese obbligatorio.

E mi piace qui di seguito trascrivere il contenuto di detto utilissimo provvedimento:

« Il prefetto: ritenuto che per la imminenza del periodo epidemico della malaria occorre avvisare ai mezzi occorrenti per fronteggiare la diffusione della epidemica infezione che assume nella provincia carattere di particolare gravità; ritenuto che all'uopo oltre la somministrazione gratuita del chinino agli aventi diritto come per legge, è necessario integrare l'apprestamento difensivo con mezzi atti a distruggere i vettori noti della infezione nei focolai di loro sviluppo; che per tale fine si riconosce la convenienza e la necessità di impiego della miscela antilarvale che il Provveditorato alle OO. PP. della Calabria mette a gratuita disposizione delle autorità provinciali e comunali del Compartimento; senza pregiudizio degli adempimenti previsti dagli articoli 163 del T. U. delle leggi sanitarie 1° agosto 1907 n. 636 (1) e 119 del T. U. delle leggi sulla bonificazione dei terreni paludosi 30 dicembre 1923 n. 3256 (2); visto l'ultimo comma dell'articolo 125 del T. U. delle leggi sanitarie ora citato (3); sentito il parere del medico provinciale; decreta:

1) entro il perimetro delle zone malariche legalmente riconosciute è dichiarato obbligatorio lo spargimento, a periodi decadali, e durante i mesi da maggio ad ottobre inclusivi, della miscela antilarvale su tutte le acque scoperte esistenti in dette zone malariche, siano esse stagnanti o in lento corso;

2) l'obbligo di cui sopra compete, ai proprietari di terreni compresi in zona malarica che li conducano direttamente o ai loro aventi causa che li abbiano a qualunque titolo in conduzione;

3) per i proprietari o loro aventi causa conduttori di fondi rivieraschi di corsi d'acqua, l'obbligo dello spargimento periodico della miscela antilarvale è esteso sino all'asse del greto del corso d'acqua confinante;

4) i sigg. Podestà, gli Ufficiali sanitari, gli agenti municipali ed il personale all'uopo incaricato dai Comuni, curano di fare osservare le disposizioni del presente decreto, sotto la comminatoria delle sanzioni di che all'articolo 129 del citato T. U. delle leggi sanitarie 1° agosto 1907 n. 636 che contemplano l'applicabilità della multa sino a L. 500 e del carcere da uno a sei mesi a carico dei contravventori ».

Tale ordinanza che nel 1929 ebbe solo un principio di attuazione ha avuto invece nel 1930 ed avrà indubbiamente nell'anno in corso un'attuazione in provincia che si può a buon diritto considerare come generale e — sino a un certo punto — anche organica.

Dai rapporti dei singoli ufficiali sanitari interessati si desume come il provvedimento abbia in massima incontrato il più favorevole accoglimento da parte degli agricoltori.

Anche i Sindacati agricoli, coi poteri di competenza, hanno fatto obbligo ai proprî aderenti di curare lo spargimento della miscela antilarvale sulle acque scoperte esistenti, in zona malarica, nei fondi rustici da essi tenuti in conduzione a qualunque titolo. La Federazione Provinciale degli Agricoltori inoltre ha inserito lo stesso obbligo nei patti collettivi di lavoro.

Il Provveditorato oltre a fornire gratuitamente il fabbisogno totale della miscela occorrente, con mezzi forniti dall'Opera Nazionale dei Combattenti — esercitati a sue spese — ha curato la propaganda cinematografica fra gli agricoltori; inoltre, a mezzo dei dipendenti uffici del Genio Civile e delle ditte concessionarie di opere di bonifica di prima categoria, cura lo impesciamento sistematico dei corsi d'acqua e dei comprensori di bonifica della Calabria, mediante le gambusie la cui proprietà larvifaga è da tutti ben nota.

L'azione di propaganda, oltre quella esercitata nei singoli Comuni dalle varie autorità preposte al servizio e dalle CC. NN. che, come dirò, sono state impiegate pel servizio di vigilanza, è stata completata dalla Cattedra Ambulante di Agricoltura e da apposite istruzioni a stampa che vennero man mano consegnate, insieme al quantitativo di miscela necessario, ai singoli obbligati e cioè a quei proprietarî o conduttori di terre in zone malariche che, avendo specchi d'acqua da delarvizzare, ebbero dai singoli Podestà notificata l'ordinanza prefettizia suddetta.

Gli ufficiali sanitarî inoltre sono stati messi in condizione di conoscere tutti i focolai anofeligeni esistenti nel territorio del Comune essendo stata loro inviata una carta topomalarica accuratamente compilata dallo stesso Provveditorato alle OO. PP. con l'aiuto dei dipendenti uffici del Genio Civile.

Allo scopo di normalizzare la previdenza di che trattasi S. E. il Prefetto ha invitato tutti i Comuni ad inserire nel regolamento locale d'igiene sia il dispositivo del decreto prefettizio 18 aprile 1929 sopra riportato come l'obbligo pei proprietarî di vasche di irrigazione di tenere lo specchio d'acqua in dette vasche

---

(1) Obbligo ai proprietari di terreni in zone malariche di facilitare lo scolo naturale delle acque.

(2) Obblighi a chi nella esecuzione dei lavori pubblici o privati abbia formato escavazioni nel terreno: è tenuto alle opere di colmatura o di scolo oppure agli interventi antianofelici; in caso di inadempienze si provvede di ufficio.

(3) Facoltà al Prefetto, su proposta del Medico provinciale, di ordinare tutti quei provvedimenti che stimasse opportuni per evitare la diffusione di una malattia.

— durante il periodo epidemico — libero da ogni ingombro sia naturale (vellutello) che artificiale (macerazioni varie).

Nel giugno del 1929, allo scopo di chiarire a viva voce le modalità e le necessità dell'importante servizio di nuova istituzione relativo all'impiego dei mezzi antilarvali nella lotta contro la malaria, ebbe luogo — presso l'Amministrazione Provinciale di Reggio Calabria — con l'intervento dell'Ispettore Generale Medico dott. Paladino, un convegno di tutti gli ufficiali sanitarî dei Comuni malarici.

Ancora un secondo convegno del genere, — la cui utilità ai fini della lotta ben si comprende — ebbe luogo il giorno 16 dello scorso aprile e questa volta allo scopo di rendere direttamente edotti i sanitarî di quelli che furono i risultati della regolare campagna antianofelica sviluppata in Provincia nel 1930 e soprattutto degli errori, imperfezioni e lacune (pochi per fortuna) che la esperienza di tale anno di lavoro è riuscita a mettere in evidenza. Con l'occasione furono inoltre chiariti ai detti funzionari i termini del nuovo compito che si è inteso affidare alla loro attività, in merito all'impiego e diffusione delle gambusie come mezzo di lotta antilarvale e si diedero loro le occorrenti istruzioni pratiche in merito alle modalità di esecuzione delle opere relative.

Alle spese tutte del servizio di che trattasi ha provveduto nel primo anno l'Amministrazione Provinciale, sempre pronta ad accogliere con entusiasmo e rapidamente attuare tutte le opere a fine altamente sociale. Nel 1930 invece ha provveduto e provvederà anche nell'anno in corso il Comitato Provinciale Antimalarico, costituito nella Provincia in ossequio alla circolare 27 marzo 1929 dell'Onorevole Ministero dell'Interno, e presieduto dallo stesso Preside dell'Amministrazione Provinciale ing. Santi Pirrello.

Tali spese riguardano principalmente l'inoltro della miscela arsenicale, fornita gratuitamente dal Provveditorato alle OO. PP., ai Comuni destinatarî (dedotto il trasporto in ferrovia che viene eseguito sul c/c dello Stato) ed il pagamento delle diarie alle CC. NN. destinate al servizio di sorveglianza.

Il riparto del quantitativo di miscela viene eseguito dall'Ufficio Sanitario Provinciale che è a conoscenza della estensione della zona malarica e approssimativamente della superficie idrica da coprire (specchi d'acqua e metri lineari di sponda) a periodi decadali dal 1° maggio al 31 ottobre. Il piano generale di dislocamento delle CC. NN. pel servizio di vigilanza di cui sopra, viene allestito dal Provveditorato di accordo con l'Ufficio Sanitario Provinciale ed in base a questo piano il Presidente del Comitato Provinciale Antimalarico richiede al locale Comando della M. V. S. N. di chiamare in servizio il personale ritenuto necessario, personale che viene messo nei Comuni agli ordini degli ufficiali sanitari.

I funzionari ed agenti del Genio Civile, che nel triennio 1926-28 operarono alle dipendenze del Provveditorato presso le stazioni di disanofelizzazione col verde di Parigi, in qualità di dirigenti le stazioni o di capisquadra, mediante adunate parziali, diedero ai militi di cui sopra ed anche ad alcuni agenti comunali le istruzioni tecniche occorrenti per lo esatto adempimento delle operazioni. Ad ognuno dei detti sorveglianti poi (Militi) fu rimesso sin dal 1929 un soffietto polveratore onde metterli in condizioni di dare praticamente ai contadini, diretti operatori, le istruzioni occorrenti per lo spargimento della miscela.

All'uopo, in occasione del primo invio del verde di Parigi, l'on. Provveditorato ebbe cura di spedire all'Amministrazione Provinciale tanti soffietti per quanti erano gli agenti di sorveglianza di cui fu previsto l'impiego col piano generale di dislocamento.

Agli agricoltori poi, come sopra ho detto, furono e vengono ancora distribuiti dai singoli Comuni esemplari di istruzioni popolari per l'impiego della miscela arsenicale.

A dimostrazione dei buoni risultati ottenuti mediante la diffusione data in Provincia all'impiego dei mezzi di lotta antilarvale nella profilassi antimalarica, mezzi di lotta resi obbligatorî con decreto prefettizio, riporto qui di seguito un prospetto dal quale rilevasi come l'endemia malarica durante gli anni 1929 e 1930 fu meno intensa di quella degli anni precedenti specialmente per quanto riguarda la mortalità:

DENUNCIE DI MALARIA.

1928	1929	1930
5202	4784	4190

MORTI PER MALARIA.

1928	1929	1930
25	20	12

***

L'utile impiego della miscela arsenicale nella lotta antilarvale è una pratica di profilassi antimalarica molto semplice e quindi alla portata di ogni contadino.

D'altra parte, in attesa che la bonifica integrale operi il radicale risanamento di molte zone malariche, la lotta contro l'anopheles è il mezzo più efficace per tenere lontana la malaria dai centri abitati rurali e potrà permettere, senza il grave sacrificio di vite umane, l'esecuzione delle trasformazioni radicali del suolo che richiedono molti milioni e molti anni di lavoro.

Tale lotta antilarvale a larga base, essendo assolutamente sproporzionata alle possibilità di una organizzazione e azione diretta dello

Stato, potrà bene essere combattuta dalle popolazioni agricole interessate, che, in un'era di restaurata disciplina popolare — opportunamente inquadrate e sospinte dagli organi locali dell'Amministrazione Sanitaria del Regno e dagli Organi Sindacali — possono essere assai utilmente chiamate a tutelare coi propri mezzi — anche senza considerare ogni altro vantaggio sociale — la innocuità del proprio lavoro nella campagna più o meno desolata dalla malaria.

***

E da questo primo Congresso Medico-chirurgico Calabrese mi è gradito segnalare all'ammirazione dei sanitari della Regione tutti coloro che a quest'opera di bene portarono il valido contributo del loro sapere e del loro ingegno e prontamente apprestarono sia i mezzi come i provvedimenti di pratica attuazione e patrocinarono alla buona riuscita della campagna. Essi sono: S. E. il Prefetto di Reggio Calabria comm. dott. Pietro Carini, l'Ispettore Generale Medico comm. dott. A. Paladino, appassionato cultore degli studî sulla malaria ed organizzatore perfetto dei servizî di profilassi, il Provveditore alle OO. PP. per la Calabria, l'ing. comm. Santi Pirrello, Preside della Provincia e Presidente del Comitato Provinciale Antimalarico.

RIASSUNTO.

L'A. espone dettagliatamente la diffusione data ai mezzi di lotta antilarvale nella profilassi antimalarica in Provincia di Reggio Calabria e chiarisce come tale importante intervento profilattico sia stato sin dal 1929 reso obbligatorio. Dimostra inoltre, riportando interessanti dati di morbilità e mortalità per malaria, i buoni risultati ottenuti. Si sofferma in alcuni dettagli relativi allo svolgimento pratico del servizio e conclude come la lotta contro l'anofele, in attesa che la bonifica integrale operi il radicale risanamento del suolo, sia il mezzo più efficace per tenere lontana la malaria dai centri rurali.

Tale pratica antilarvale generalizzata, essendo assolutamente sproporzionata alle possibilità di una azione statale diretta, deve, secondo l'A., essere combattuta dalle popolazioni agricole interessate che, opportunamente sospinte dagli Organi dell'Amministrazione Sanitaria del Regno e da quelli Sindacali, possono essere assai utilmente chiamate a tutelare con i proprî mezzi la innocuità del proprio lavoro nelle campagne più o meno desolate dalla malaria.

Reggio Cal., maggio 1931-IX.

TRIBUNA LIBERA

A proposito del recentissimo lavoro del Prof. Guido Melli: «Possibilità di suscitare sindromi di anafilassi attiva locale».

Il prof. Melli, aiuto della Clinica del Frugoni, quasi in principio di tale importantissimo lavoro (pag. 558 del *Policlinico*, Sez. Med., n. 11, 1931), così si esprime:

« Il primo accenno a questa possibilità (leggi: di una anafilassi localizzata) si trova in una breve nota del Silvestri, che già nel 1912 pone nettamente il quesito.

« Questo concetto riappare qua e là nella letteratura incidentalmente menzionato, ma non fu, a mia nozione, mai fatto oggetto di ricerche sperimentali e nemmeno di organiche osservazioni cliniche. Su questo concetto ritornai, più volte, sulla scorta di numerosa casistica e di esperienze mie e di altri ». Ringrazio il prof. Melli del suo pure fugace accenno all'opera mia, che, ben lo riconosco, è meschinissima in confronto dell'importantissimo contributo che il Frugoni e la sua scuola hanno portato alla illustrazione dell'asma anafilattico; ma tutto è relativo, e non posso a meno di confessarmi insoddisfatto, specie dopo la risposta che il chiaro Direttore della Clinica di Padova dette alla mia nota riassuntiva in argomento (*Riforma Medica*, 1928, n. 38).

Peccherò di indiscrezione, ma mi pareva che l'egregio collega potesse per lo meno citare i miei lavori sull'asma anafilattico, comparsi nel *Morgagni*, 1922, n. 12, nella *Riforma Medica*, 1925, n. 27, nella *Riforma Medica*, 1928, n. 38, in *Terapia*, dicembre 1928, tanto più che fu proprio in occasione del lavoro del Melli (*Riforma Medica*, nn. 7 e 20, 1928, parte 2ª), in specie là dove si prende in considerazione il *valore della via di introduzione dell'anafillattogeno*, ch'io mi credetti in diritto di intervenire, perchè mentre si adottavano integralmente le mie conclusioni in argomento, nessunissimo accenno veniva fatto alle mie note.

« Ogni commento, così finivo (*Riforma Medica*, 1928, n. 38), sarebbe ozioso; il chiarissimo collega Melli, seguendo la via tracciata dal maestro Frugoni, ha voluto calcare le sue conclusioni patogenetiche dell'asma bronchiale esattamente sulle mie.

« E di ciò lo ringrazio, di ciò vado superbo, non già perchè io creda che l'ultima parola al riguardo sia detta, ma perchè la conferma

alla mia tesi, viene dalla scuola del Frugoni (che ha fatto dell'asma anafilattico l'argomento prediletto, e con tanta fortuna che in tema di asma anafilattico il chiarissimo prof. Frugoni è l'oratore ufficiale, di prammatica), e perchè è stata accettata sì integralmente e con tanto slancio, con tanto disinteresse da assumerne interamente la paternità ».

Il prof. Frugoni (*ibid.*) così rispose:

« Non è in campo quindi alcuna scientifica divergenza, ma (tralasciando ogni questione di forma) solo una questione di priorità come ipotesi ragionata, che ben volentieri riconosco esatta.

« I lavori del prof. Torindo Silvestri non hanno infatti avuta la fortuna che meritavano, ma passati del tutto inosservati, non sono stati citati da alcuno, in alcuna pubblicazione sull'argomento.

« Fa eccezione invece..... proprio il mio assistente prof. Melli, che venutone a conoscenza li ha appunto citati in due conferenze all'estero... ».

E dopo aver accennato a tutti i contributi pregevolissimi del prof. Melli, contributi clinici e sperimentali, concludeva:

« Dal complesso appunto di tali ricerche e da ben studiate analogie nel campo della patologia sperimentale e della Clinica umana, il prof. Melli è stato tratto a sostenere per altro anche il concetto di anafilassi locale (di natura istiogena) che il prof. Silvestri aveva da tempo supposto ». F.to prof. C. FRUGONI. Padova, 29 agosto 1928.

Prof. TORINDO SILVESTRI.
Lib. doc. di Pat. Med. nella R. Univ. di Modena.

SUNTI E RASSEGNE.

STATI ALLERGICI.

Il programma diagnostico nell'allergia alimentare.

(W. T. VAUGHAN. *The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, ottobre 1931).

Ci sono manifestazioni diverse dell'allergia alimentare. *La grande anafilassi*, rara, provoca una reazione violenta con nausea, vomito, diarrea a volte sanguinolenta, forte dolore, spesso urticaria, collasso circolatorio e qualche volta anche la morte in pochi minuti o poche ore dopo l'ingestione della sostanza allergenica.

L'allergia alimentare acuta si manifesta con nausea, vomito e diarrea, a cui si può aggiungere urticaria o edema angioneurotico.

L'allergia gastrointestinale subacuta o cronica si può manifestare con iperperistalsi del colon e con aumento della secrezione mucosa con eosinofili e cristalli di Charcot-Leyden; ci può anche essere diarrea. Spesso anche si ha vomito ciclico. La zona che reagisce può trovarsi in qualunque punto del tubo digerente, dalla bocca all'ano.

C'è anche un'*allergia che complica malattie organiche gastrointestinali* (colicistite, ecc.).

Per la diagnosi e cura ci sono stati tre periodi. Il primo è stato quello empirico dell'osservazione che alcuni alimenti erano dannosi, per cui furono fatte tabelle dietetiche speciali per malattie di fegato, per la colite mucosa, ecc. Poi venne il periodo della cutireazione, che ora è un po' in ribasso perchè una sostanza può provocare reazione per via orale ma non per via cutanea. In un terzo periodo si sono associati i due metodi precedentemente indicati.

Si deve dare importanza all'anamnesi, si deve ricorrere a ricerche di laboratorio che possono illuminare in qualche modo (quindi anche i raggi X) e le cutireazioni. Se le ricerche sono negative si ricorrerà al diario alimentare e alla dieta di prova. Si registrerà tutto ciò che il paziente ingerisce, tenendo conto dei giorni che compaiono i disturbi. Se non si riuscirà così a individuare una sostanza, che poi somministrata da sola dà disturbi di cui il paziente soffre, si ricorre alle diete di eliminazione di Rowe, di cui esistono vari tipi.

Il Vaughan ha classificato gli alimenti in gruppi biologici, che facilitano la ricerca della sostanza allergenica sia col diario dell'alimentazione che colle diete di prova.

R. LUSENA.

Principii di diagnosi e cura delle malattie allergiche.

(A. F. Coca. *The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 24 ottobre 1931).

Per malattie allergiche l'A. intende la malattia da siero, le dermatiti da contatto e l'atopia. Dà il nome di atopia ad un gruppo di condizioni cliniche, come l'asma bronchiale, la febbre da fieno, l'eczema, l'ipersensibilità gastrointestinale, che si riscontra circa nel 7 % della popolazione, che si trasmette secondo i principii mendeliani dell'eredità, che si produce per antigeni solubili in acqua e che dà formazione di anticorpi (quando si conosce l'antigene).

I sintomi dell'allergia sono l'asma, l'eczema, l'urticaria, l'edema angioneurotico, vari sintomi gastrointestinali come dolore, nausea, vomito, diarrea, emicrania, dermatite, ematuria.

Nel gruppo dell'allergia ereditaria c'è sensibilità cutanea a una data sostanza. Ci sono però degli asmatici i quali non reagiscono a nessuna delle sostanze che si provano; anche questi sono però degli allergici ereditari e la sostanza eccitante si deve ricercare spesso in un'infezione delle vie respiratorie alte (sinusiti o altro).

I metodi per saggiare l'ipersensibilità cutanea sono due: quello della scarificazione e quello intracutaneo. Questo secondo dà percentuale maggiore di risultati positivi perchè generalmente si adoperano quantità di antigene superiori al necessario; bastano 0,02 cc.

Nell'urticaria e nell'edema angionevrotico senza interessamento delle mucose è frequente la reazione cutanea negativa e in questi casi qualche volta è positiva la prova alimentare, la quale però può dare una reazione positiva ritardata di qualche ora.

La dermatite da contatto può aversi indipendentemente da altre manifestazioni allergiche e può esserci anche dermatite da pollini in individui senza febbre da fieno e senza asma. Nella dermatite da contatto si ha reazione cutanea solo colla tecnica della scarificazione in alcuni casi o colla sola applicazione sulla cute in altri. In quest'ultimo caso gli antigeni sono solubili in solventi grassi ed è alle soluzioni in sostanze grasse che si deve ricorrere nella cura.

La cura ideale della malattia allergica è l'abolizione dell'eccitante specifico. Se non si può fare questo si può curare col metodo della desensibilizzazione. R. Lusena.

Urticaria. (Osservazioni sulle reazioni vascolari della pelle).

(K. T. Harris. *The Quarterly Journ. of medecine*, aprile 1931).

L'A. ha studiato le reazioni cutanee di malati di urticaria spontanea (cioè di casi in cui non si è potuta stabilire la sostanza urticariogena e non si tratta di urticaria factitia). Egli ha diviso i suoi casi in 3 gruppi: urticaria transitoria, urticaria persistente e urticaria gigante.

Secondo Lewis e collaboratori agli stimoli meccanici o chimici la cute reagisce in tre modi: colla dilatazione locale delle arteriole, dei capillari e delle venule per azione diretta sui vasi, coll'aumento locale della permeabilità della parete vasale (donde edema) e colla dilatazione delle arteriole circostanti. Lewis ha trovato che una sostanza capace di dare queste reazioni (che sono comuni a molte sostanze) è la « sostanza H », estratta dalle cellule cutanee. Essa è istaminosimile. Egli vide che nell'urticaria factitia la reazione all'istamina è uguale a quella di un individuo normale.

Harris studiò 16 casi di urticaria spontanea. Prima che si formi il pomfo la cute si arrossa e il malato si lamenta di prurito. Poi compare l'edema che può essere bianco o rosso ed è circondato da una zona di arrossamento a margine più o meno distinto. Lo stesso si osserva per iniezione di istamina nella cute normale.

Sulla cute edematosa del pomfo d'urticaria l'A. ha trovato un aumento della temperatura da 1° a 3,5° in cinque casi, nei quali col metodo della congestione (provocata mediante applicazione di cuscino elastico comprimente) le chiazze di urticaria si presentavano di colore rosso vivo su fondo cianotico.

Lewis ha notato che esiste un periodo di refrattarietà, e precisamente che quando è scomparso l'edema ma persiste il rossore, non è possibile ottenere sullo stesso luogo un pomfo di urticaria con mezzi meccanici o chimici. La refrattarietà all'istamina è più completa quanto è stato più alto il gonfiore dell'eruzione d'urticaria. La refrattarietà allo strofinamento si è comportata nello stesso modo e scompare 24 ore dopo la scomparsa dell'urticaria.

L'osservazione di sei malati ha permesso di stabilire che in 5 casi la zona cutanea che era diventata edematosa per urticaria spontanea non ridiventava edematosa se l'eruzione d'urticaria si ripresentava nello stesso giorno.

Harris ha osservato che l'urticaria factitia si può provocare in individui con urticaria spontanea durante l'eruzione di quest'ultima, mentre passata l'eruzione di urticaria spontanea per un certo tempo non si ha nemmeno urticaria factitia.

Prausnitz e Küstner sono riusciti a trasmettere da un uomo ad un altro, mediante il siero di sangue, l'ipersensibilità a proteina di pesci. Lewis e Vaughan hanno trovato una dermolisina nel sangue di malati di urticaria da freddo. L'A. ha ottenuto la formazione di urticaria iniettando nella cute di un sano, il

siero di un individuo con urticaria spontanea. Egli emette l'ipotesi che la sostanza H circoli nel sangue, ma che solo in circostanze particolari ce ne sia una quantità tale che permetta la reazione cutanea a stimoli che in circostanze normali sono insufficienti a provocare l'eruzione. R. Lusena.

Reazione allergica nella poliomielite.

(Jugenblut. *Journ. A. M. A.*, 3 ott. 1931).

Così come abbiamo ora la reazione di V. Pirquet per la tubercolosi e la prova di Schick e Dick per la difterite e la scarlattina, avremo fra non molto la reazione cutanea locale specifica per la poliomielite. Così danno a sperare i lavori dell'A. il quale avrebbe dimostrato la presenza di veri fenomeni allergici nella poliomielite.

Questo A., adattando alla pratica clinica i risultati ottenuti sperimentalmente sulle scimmie da vari AA. inglesi e americani, ha studiato le eventuali reazioni prodotte dall'iniezione intracutanea di virus poliomielitico ucciso col calore. Le reazioni ottenute furono di poco più lievi di quelle ottenute sperimentalmente negli animali con virus vivo. Il materiale iniettato era il filtrato di una emulsione al 5 % di virus-midollo ucciso al calore nella dose di 0,2 cc. iniettati nel sottocutaneo. La prova è stata fatta su 27 soggetti con storia sicura di poliomielite; non si notarono reazioni febbrili, ma tutti i pazienti reagirono con un tipico rossore allergico locale con tumefazione della pelle, che si manifestò dopo 5 ore dall'iniezione e che raggiunse il suo massimo dopo 24 ore. L'iniezione di controllo, fatta con emulsione di midollo spinale di scimmia non virulento, diede solo in alcuni bambini una lieve urticaria, che scomparve dopo poche ore, sì che la reazione specifica era facilmente differenziabile il giorno seguente.

Jugenblut non ha ancora studiato le reazioni fra la sua reazione cutanea e la potenza anti-virus del siero dei pazienti nè le sue ricerche sugli individui normali sono ancora sufficienti a trarre dettagliate conclusioni.

G. La Cava.

CARDIOLOGIA.

L'endocardite infettiva o batterica.

(W. S. Thayer. *Edinburg med. Journ.*, aprile 1931).

In evidente contrasto con le cardiopatie reumatiche, troviamo la endocardite batterica o infettiva o settica, in cui le lesioni a focolaio si trovano sulle valvole, sull'endocardio murale o nell'intima dei vasi e rappresentano il sigillo della malattia, il punto in cui si può avere la distruzione dei tessuti che può poi provocare la morte per la lesione meccanica del cuore stesso. L'A. può parlare con esperienza dell'osservazione di 306 casi, in cui l'agente determinante venne positivamente determinato. Si ebbe così a riscontrare: nel 62,41 %, lo streptococco; nel 12,41 % il pneumococco; nel 10,13 % il gonococco; nel 9,15 % lo stafilococco aureo; in proporzioni minori il bac. di Pfeiffer, lo stafilococco albo, il piocianeo, il bac. del carbonchio, il bac. di Friedländer.

L'endocardite reumatica.

Di questa malattia, l'A. ha potuto seguire con l'autopsia 65 casi e così ne traccia il quadro. Vi è in essa, un segno tipico, in quanto che troviamo delle manifestazioni focali, specialmente nelle articolazioni, nel cuore e vasi, nel sistema nervoso e nella pelle. L'infezione è probabilmente in rapporto con delle razze piuttosto caratteristiche di streptococchi non emolitici; però non è stata raggiunta la prova riscontrando l'agente infettivo nei focolai.

Il reumatismo è contraddistinto dalla poliartrite caratteristica, transitoria e non suppurativa; dalla frequenza della pericardite sierofibrinosa, che termina con una pericardite adesiva; dalla natura e distribuzione delle modificazioni valvolari, vascolari e dai cambiamenti molto diffusi nel miocardio; dall'alterazione apparentemente specifica dell'orecchietta sinistra, a cui partecipa l'endocardio murale, dalla circostanza, nonchè dal fatto che le sierositi non suppurative, come pure l'endocardite cronica ma relativamente benigna appaiono associate, nella loro origine, con modificazioni caratteristiche periarticolari, subendocardiche o sub-pericardiche.

Il reumatismo primario è una malattia della giovinezza, specialmente delle due prime decadi, ma una volta insediatosi ha una notevole tendenza alla cronicità, attraverso recrudescenze o recidive, spesso insidiose, determinando delle lesioni che, insieme con la sifilide e le lesioni arteriosclerotiche sono fra le cause più importanti delle malattie croniche di cuore.

L'endocardite settica od infettiva.

È noto che l'endocardite reumatica ha origine dallo sviluppo di minimi focolai di necrosi nella sostanza delle valvole o della parete cardiaca, come nell'orecchietta sinistra, con le caratteristiche reazioni infiammatorie e che in seguito il processo si diffonde per continuità all'endocardio sottostante. Sulle aree infiammate si deposita la fibrina, sicchè si scorgono delle piccole verrucosità lungo le linee di chiusura delle valvole oppure degli essudati fibrinosi molli nell'orecchietta sinistra. Le prime lesioni sono probabilmente sottoendocardiche.

Invece, nell'endocardite batterica le prime

modificazioni si hanno alla superficie stessa dell'endocardio. Compaiono dapprima delle piccole vegetazioni molli, infarcite di batteri, di solito lungo le linee di contatto dei margini liberi valvolari e facilmente vengono spazzate via dalla superficie. Alla base, nell'endocardio, vi è la necrosi seguita da un processo infiammatorio diffusivo e, secondo la malignità dell'infezione e la resistenza dell'individuo, si ha una distruzione più o meno rapida dei tessuti sottostanti. Man mano che i trombi diventano più grossi, e sono lanciati nella corrente sanguigna, si può averne l'impianto su altri punti della stessa parete cardiaca oppure si hanno degli emboli che sono trasportati lontano e producono le manifestazioni cliniche caratteristiche della endocardite.

Si può avere l'embolismo: 1) nei reni, manifestantesi con la comparsa saltuaria di emazie nel sedimento urinario, oppure, se l'infarto è più grosso, con dolore ed ematuria visibile; 2) nella milza, riconoscibile dal dolore e dalla dolorabilità dovuta alla soprastante peritonite; 3) nella pelle, con manifestazioni varie, che vanno dalle fini petecchie talora con il centro bianco, alle aree larghe cianotiche, leggermente rigonfie, molto dolenti; piccole macchie dolenti, cianotiche, come vennero descritte da Osler, sono molto comuni ai polpastrelli delle dita delle mani e dei piedi; talvolta si hanno larghe macchie alle palme ed alle piante; caratteristiche sono anche delle piccole emorragie dolenti sotto le unghie; le petecchie sono anche frequenti nelle mucose della bocca, delle congiuntive, nel fondo dell'occhio; 4) nel cervello, si manifesta la emiplegia; 5) nei polmoni, l'embolismo proviene dalla lesione del lato destro del cuore e si manifesta con dolore pleurico acuto, talvolta come uno dei primi sintomi; 6) nei grossi vasi, determina la gangrena periferica.

Secondo la malignità dell'infezione, si può avere l'esito letale in pochi giorni, oppure il decorso può essere subacuto, durante per parecchie settimane o mesi. Nei casi che durano a lungo, si possono avere delle vegetazioni molto grandi, masse moriformi di parecchi centimetri di diametro; spesso vi è una parziale organizzazione delle vegetazioni con calcificazione che determina una guarigione parziale e delle deformità valvolari riconoscibili anatomicamente.

In generale, l'endocardite batterica può distinguersi in acuta e subacuta; secondo la malignità dell'infezione ed il carattere dell'agente infettivo, anche le manifestazioni cliniche possono essere diverse.

L'ENDOCARDITE STREPTOCOCCICA.

L'agente più comune è lo streptococco. Il quadro clinico risultante dall'infezione con le forme più benigne — la così detta endocardite subacuta vegetante — è caratteristico. Ciò nonostante e sebbene il 77 % delle endocarditi streptococciche osservate dall'A. avesse un carattere subacuto, pure nel 33 % lo streptococco era da considerarsi soltanto come un invasore terminale, che portava in 1-2 settimane alla morte per intossicazione generale; la sua presenza si manifestava soltanto con piccole vegetazioni molli, spesso mascherate da altre già esistenti provocate da altri germi che lo streptococco aveva poi sopraffatto.

In generale, per le forme streptococciche nei casi che durano meno di un mese, l'agente infettivo è lo streptococco emolitico, mentre in quelli che durano oltre un mese è il viridans (91 % su 146 casi).

È ora possibile fare un'ulteriore differenziazione delle razze di streptococchi; l'A. ha potuto così riconoscere che l'agente infettivo più comune è lo *Streptococcus salivarius* (11 su 13 casi) mentre è più raro il *faecalis* (gli altri due casi).

L'endocardite streptococcica colpisce generalmente il lato sinistro, al pari di quella reumatica ed a differenza delle altre endocarditi batteriche. La valvola mitrale sembra la sede più frequente (80,8 %); vengono in seguito l'aorta (48,5 %), la tricuspide (17,17 %) e la polmonare (8 %).

L'endocardite streptococcica si insedia con preferenza sui cuori già malati; nei casi dell'A., di fatto, si ha una malattia valvolare preesistente nel 58 % dei casi acuti e nel 71,2 % delle infezioni subacute. Nelle forme streptococciche subacute giunte al tavolo anatomico, la proporzione delle malattie valvolari di origine reumatica preesistenti raggiungeva l'81,1 %. Raramente invece si trova una lesione preesistente sifilitica. In qualche caso, si hanno malformazioni congenite.

Poco caratteristiche sono le *lesioni miocardiche;* la miocardite acuta è stata osservata nella metà dei casi dell'A.; le lesioni consistevano essenzialmente in piccole aree di infiltrazione focale, generalmente perivascolare non estese e senza apparenza specifica. Più comuni sono le lesioni croniche fibrose.

La *pericardite* è assai rara (5,8 % nei casi dell'A.).

Pure avendosi in tutte le età, l'endocardite streptococcica si manifesta generalmente nei giovani adulti (III e IV decade della vita); non vi sono differenze notevoli per il sesso o la razza.

Durata. Nel 33,3 % inferiore ad un mese; nel 40,6 % entro due mesi; nel 37 %, le forme subacute durarono oltre sei mesi, nell'8 % apparentemente, un anno.

In due terzi dei casi delle forme maligne acute, si potè stabilire la *porta d'ingresso* dello streptococco emolitico (sepsi puerperale, ferite infette, infezioni acute genito-urinarie,

empiemi, eresipela, trauma, ecc.). Nelle forme subacute ad inizio spesso insidioso, non si potè definire la porta d'ingresso (forme faringee acute, infezioni delle vie respiratorie superiori, tonsilliti, sinusiti, infezioni pelviche) che nel 27 % circa dei casi.

In molti degli altri casi, specialmente nei giovani, i denti avrebbero costituito la porta d'entrata più sospettabile.

Decorso e storia clinica. Nelle forme più acute, si ha generalmente il quadro di un'intensa setticemia con febbre alta e continua; l'endocardite, spesso, è clinicamente indeterminabile, pure avendosi in un quarto dei casi petecchie e fenomeni embolici. La leucocitosi è generalmente più alta che nelle forme subacute; la pericardite non è rara in questa forma.

Caratteristico è il decorso delle *forme subacute.* Inizio generalmente insidioso, con perdita di forze, stanchezza verso la fine della giornata, leggero aumento di temperatura spesso non avvertito; frequenti dei dolori indefiniti muscolari od articolari. La febbre è generalmente moderata, irregolare, intermittente o remittente, ma persistente dopo alcune brevi interruzioni. Cloroanemia ingravescente del tipo secondario. La presenza di una vecchia endocardite reumatica e di milza palpabile deve fare elevare il sospetto, che può essere confermato dall'emocoltura (nei periodi febbrili). La presenza nel sangue di streptococchi non emolitici, però, non sempre giustifica la diagnosi di endocardite vegetante subacuta, poichè una batteriemia transitoria nelle infezioni da forme miti di streptococchi non è rara e la si può avere, p. es., nella febbre reumatica, il che offre difficoltà diagnostiche che non possono risolversi se non con un accurato studio di tutte le particolarità.

Nella vera endocardite vegetante, anche prima che le colture diano esito positivo, si può arrivare alla diagnosi. Particolarmente importante è l'anemia progressiva e la comparsa di fenomeni embolici (che l'A. ha osservato nel 74,3 % dei casi). Essi sono pure frequenti nell'insufficienza miocardica, ma questa nell'endocardite streptococcica subacuta non è un fenomeno evidente e la fibrillazione auricolare, anzi, è piuttosto rara.

Ai fenomeni embolici si è accennato più sopra; qui accenniamo che molti di essi sono ora considerati come dovuti alla proliferazione endoteliale nei capillari o nelle arteriole precapillari (endovascolite).

Non è raro l'embolismo cerebrale, con manifestazioni nervose, fenomeni meningei o mentali, allucinazioni, delirio maniaco, fatti che sono talvolta abbastanza precoci; in qualche caso, si sono avuti come fatti iniziali dei fenomeni coreici od altri che suggerivano l'idea di sclerosi multipla.

In casi di lunga durata, si hanno spesso le dita a clava.

Quasi sempre presente l'*albuminuria;* con l'aumento dell'anemia ed i fenomeni embolici ricorrenti, si arriva alla glomerulo-nefrite embolica.

La leucocitosi varia (da 2600 a 53.500 nei casi dell'A.).

L'esame morfologico del sangue dà le caratteristiche della cloroanemia secondaria, mentre, quando vi sono fenomeni embolici, si ha aumento dei monociti e presenza di grossi fagociti endoteliali.

Col progredire della malattia, i malati prendono un colore grigiastro — caffè latte — caratteristico.

Le lesioni cardiache sono generalmente rilevabili fin dal principio, a causa della preesistente endocardite reumatica, ma si osservano abbastanza precocemente modificazioni e cambiamenti delle lesioni; in mancanza di esse la diagnosi può rimanere incerta a lungo. L'insufficienza miocardica non è un segno caratteristico e non è nemmeno molto frequente.

La morte si ha generalmente per sepsi o per nefrite; abbastanza frequente la terminazione con broncopolmonite. Si può avere anche morte improvvisa.

L'A. ha osservato tre guarigioni apparenti di endocardite streptococcica, ma non ha mai veduto ristabilirsi degli individui in cui vi erano stati embolismi persistenti e gravi.

Per quanto riguarda la diagnosi, si deve tener presente che essa esige talora molto tempo; gli streptococchi non emolitici sono germi che crescono lentamente; le colture vanno fatte durante l'acme del periodo febbrile e seguite per almeno tre settimane.

La durata media della malattia è di cinque mesi. *fil.*

La premunizione antimicrobica nelle cardiopatie reumatiche.

(CH. LAUBRY e A. JAUBERT. *Soc. méd. hôtaux, Paris*, 5 giugno 1931).

Gli AA. propongono l'uso di un vaccino in ogni lesione valvolare reumatica (sia essa silenziosa o non) allo scopo di evitare la complicazione streptococcica, che costituisce la malattia di Osler.

Usano per questo un vaccino polivalente allestito con germi provenienti dalle emocolture delle endocarditi infettive; per la maggior parte, tali germi sono streptococchi (emolitico e viridans) ed enterococchi, a cui si aggiunge qualche stipite di stafilococco. Tale pluralità microbica avrebbe il vantaggio di esaltare i meccanismi citologici ed umorali dell'immunità, che sono difficilmente messi in moto dallo streptococco solo, il quale è un cattivo antigene.

A tale emulsione di microbi uccisi, si aggiungono dei lisati ed un filtrato di brodocolture vecchie e trattate per un mese con formalina in termostato a 37° (anatossina).

Gli AA. praticano una serie di quattro iniezioni vaccinali da 1/4, 1/2, 1 ed 1 e 1/2 cmc. da ripetersi ogni anno.

Il procedimento è innocuo ed, a quanto sembra, efficace; esso varrebbe ad allontanare la grave minaccia dell'endocardite lenta.

fil.

La tiroide ed il cuore da reumatismo.

(F. J. POYNTON. *The Lancet*, vol. CCXIX, 22 settembre).

L'A. osserva che è possibile che la tiroide abbia parte notevole nei disturbi del cuore su cui ha agito l'infezione reumatica. Egli ha veduto recentemente quattro esempî di ingrossamento della tiroide con tachicardia, tremore e malattia acuta reumatica del cuore; non risultava che vi fosse tiroidite.

Il problema dei reciproci rapporti fra cuore e tiroide non è agevole, perchè è eccezionale trovare, almeno nei bambini, l'ingrossamento della tiroide in individui sofferenti di reumatismo, sicchè si può soltanto ammettere che il danno, se è presente, è dovuto ad alterazione o ad aumento di secrezione senza cambiamento apprezzabile nel volume della ghiandola.

Talvolta, sebbene eccezionalmente, l'A. ha rilevato un ingrossamento della tiroide nella corea, sicchè, in considerazione della nostra ignoranza sulla natura della tossina reumatica e delle nostre cognizioni sul notevole nervosismo del bambino in preda a reumatismo, vi è ragione di continuare le ricerche su questo argomento interessante. *fil.*

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE.

A. ALESSANDRINI, E. PAMPANA, M. SABATUCCI. *Gli esami di laboratorio. Tecnica e diagnostica.* Vol. di circa 650 pagine con 89 fig. in nero ed a colori nel testo e con tre tavole a colori fuori testo, in formato tascabile, rilegato in tela. Editore Luigi Pozzi, Roma. Prezzo L. 50.

Riportiamo la magnifica prefazione apposta dal prof. Sanarelli a questo libro. Mentre essa documenta il valore dell'opera, chiarisce mirabilmente i rapporti tra clinica e laboratorio.

Lo sviluppo assunto in quest'ultimo cinquantennio dalle svariate branche delle scienze fisiche, chimiche e naturali, ha trasformato profondamente anche quella che taluni sogliono ancora chiamare: l'arte medica.

La medicina ha, infatti, perduto da gran tempo l'antico carattere quasi jeratico e metafisico per entrare decisamente nella sua fase positiva.

Oggi, essa non è più un'arte, ma tende a divenire addirittura una scienza esatta.

Le moltissime applicazioni tecniche realizzate mercè le ricerche di laboratorio, hanno causato una sostanziale trasformazione anche nei metodi diagnostici, rendendo più rapidi e più sicuri gli accertamenti relativi ai sintomi e alla natura dei morbi, nonchè a tutto quanto ha, direttamente o indirettamente, attinenza con la salute e il benessere del genere umano.

Ancora non molti decenni or sono, i giudizi diagnostici e prognostici delle malattie dipendevano quasi interamente dalla dottrina, dall'intuizione o dall'esperienza personale del medico curante, i cui mezzi di accertamento erano quanto mai limitati.

Avveniva, perciò, che le indicazioni terapeutiche, come gl'interventi operativi, fossero non di rado dannosamente ritardati per il bisogno di meglio osservare, di meglio studiare e capire gli ammalati e le loro malattie.

La diagnosi precisa di qualche processo morboso, anche negli ambienti ospitalieri meglio attrezzati, richiedeva, spesso, non pochi giorni di studio, di esami e di cauti temporeggiamenti. Lo sforzo per raccogliere, coordinare e interpretare tutti gli elementi necessari per assurgere a una soddisfacente sintesi clinica, richiedeva in certi casi il possesso di doti psicologiche che non costituivano il privilegio di molti.

Succedeva quindi che, specialmente nella pratica giornaliera, il medico dovesse limitarsi il più delle volte al puro e semplice trattamento sintomatico, non senza pregiudizio del paziente e con danno non minore per la salute pubblica, ove non si fosse riusciti ad accertare presto e bene la natura di qualche malattia infettiva o parassitaria di carattere diffusivo.

Ma da qualche decennio a questa parte assistiamo, in tutte le branche della medicina, a una progressiva trasformazione dei metodi diagnostici, dovuta all'intervento sempre più grande delle richerche e degli esami di laboratorio. Questo tende, anzi, ad invadere a poco a poco, coll'estendersi dell'uso dei vaccini, degli autovaccini, degli antivirus, dell'autoemoterapia, della batterioterapia ecc. anche la sfera d'azione riservata finora alla terapia vera e propria.

Gli è che, nel campo delle scienze mediche, si sono compiuti, durante questi ultimi decenni, tali e tanti progressi, che da molte parti si domanda financo se non sia forse giunto il tempo di sostituire l'organizzazione della medicina attuale con un più perfetto armamento rivolto contro le malattie, avente il suo punto di partenza nell'igiene e nella medicina preventiva.

Da non pochi studiosi si va già svolgendo la tesi che convenga ormai orientare i maggiori sforzi della medicina verso la ricerca dei primi sintomi, verso il controllo periodico della salute, verso un maggiore incremento della medicina preventiva in vista sovratutto dell'interesse sociale.

I benéfici risultati di una siffatta innovazione profilattica sarebbero incalcolabili, data la squisita sensibilità dei nostri attuali mezzi diagnostici e la prodigiosa efficiacia degli odierni rimedi nel campo delle infezioni veneree e sifilitiche.

È certo che, sopratutto le scoperte e i progressi della batteriologia, della sierologia, dell'ematologia e le innumerevoli applicazioni della chimica biologica, hanno contribuito molto alla maturazione di queste idee.

Sta di fatto che, oggidì, il medico pratico da solo non è più in grado di sopperire efficacemente a tutte le esigenze delle diagnosi e delle cure.

Che cosa potrebbe egli fare, ormai, di veramente efficace, in casi gravi, senza il sussidio del laboratorio e senza l'intervento dei vari specialisti che dispongono di installazioni, di strumentario tecnico e di metodi d'indagine i più delicati e precisi?

Come è possibile, ad esempio, lottare proficuamente senza il soccorso del laboratorio contro la difterite che, nonostante l'uso del siero, è ancora così frequente e grave? È ben noto che il parziale successo della lotta antidifterica è dovuto anche al gran numero di casi lievi, abortivi, ambulatori o misconosciuti della malattia e, in molti casi, agli accertamenti batteriologici troppo tardivi. Il fondamento della profilassi antidifterica, oltre che nella vaccinazione, consiste al presente anche nella denuncia precoce della malattia.

Ma, per applicare sia un tempestivo trattamento curativo specifico, sia le conseguenti misure profilattiche, non basta la sola diagnosi del medico curante, che ha soltanto esaminato l'infermo. Questa non sempre risulta poi esatta e sicura dal lato eziologico. Si conoscono diversi processi morbosi delle fauci capaci di trarre in equivoco anche lo specialista più esercitato. Taluni ifomiceti, le così dette associazioni fuso-spirillari, i comuni piogeni e persino il treponema pallido, possono dar luogo alla formazione di pseudo-membrane apparentemente tipiche; come pure possono osservarsi nella gola processi non tipici ma di autentica natura difterica. Soltanto il laboratorio è in grado di dissipare ogni incertezza e di avviare per la dritta via l'opera del medico e l'azione dell'igienista.

Questi, poi, è nell'impossibilità di svolgere efficacemente qualsiasi azione profilattica senza aver proceduto alle cuti-reazioni e alla ricerca dei portatori. Numerosi episodi epidemici poterono esser soffocati dopo la scoperta e l'isolamento di qualche portatore.

L'intera attrezzatura curativa e profilattica di questa grave e tuttora così frequente malattia dell'infanzia è, dunque, basata oggidì su metodi di laboratorio: sulla preparazione e sull'uso della tossina, dell'antitossina, dell'anatossina e sul perfezionato tecnicismo consigliato per la ricerca dei bacilli specifici nei prodotti patologici e sulle mucose esterne, ancorchè di aspetto normale, o quasi, dei portatori.

Anche in un altro grande flagello del genere umano, la tubercolosi, l'intervento dei metodi di laboratorio si è reso oggi indispensabile.

La bacilloscopia sistematica degli espettorati, insieme alla radioscopia e all'ascoltazione, costituiscono il tripode senza cui non v'ha diagnosi possibile in patologia polmonare, per quanto banale e benigno possa parere il caso in esame.

Potremmo moltiplicare gli esempi.

Non solo le malattie infettive, ma tutte le malattie organiche, le malattie allergiche, le deficienze e le deviazioni funzionali d'ogni genere, si valgono largamente oggi del laboratorio.

Neppure i chirurghi possono prescindere dai responsi del laboratorio.

Il chirurgo, prima di decidersi a compiere un intervento operatorio, sente spesso il bisogno di conoscere il resultato dell'esame istologico di un tessuto malato o di una neoformazione sospetta; ha necessità di tener presente il resultato dell'esame dell'urina, del sangue, di certi essudati e trasudati; gli occorre conoscere il resultato di certe cuti-reazioni, ecc.

I chirurghi più previdenti, prima di intervenire in taluni processi morbosi alquanto delicati, come in quelli interessanti gli organi genito-urinari, spesso già molto compromessi da gravi infezioni settiche in atto, sen-

tono non di rado il bisogno di vaccinare addirittura gli operandi, mediante autovaccini espressamente preparati in laboratorio.

Ed anche dopo l'operazione, l'indacanuria segnala la minaccia di una peritonite; la diminuzione dei cloruri nelle urine pone sull'avviso verso l'insorgere di una complicazione pneumonitica; il conteggio dei leucociti serve, spesso, a chiarire la natura di una febbre persistente, la diminuzione dell'azoto nell'urina o l'aumento nel sangue fanno valere la minaccia dell'uremia. Questi elementi guidano e soccorrono in modo efficace il chirurgo.

Non manca chi, tessendo l'elogio del buon tempo antico, quando cioè con la percussione e con l'ascoltazione il medico pratico esercitava decorosamente e tutto soletto la propria missione, ha quasi l'aria di deplorare l'eccessivo bisogno di ricorrere al tecnicismo del laboratorio.

Secondo taluni, le operazioni di laboratorio e la fiducia illimitata nei suoi responsi, farebbero trascurare l'esame diretto del malato.

Ma bisogna riflettere che se, per certi riguardi professionali od anche didattici, questo rilievo non è del tutto trascurabile, il malato non viene a risentirne praticamente danno veruno!

È innegabile che, oggi, in un gran numero di malattie, al lungo sforzo indagatore o alle geniali intuizioni diagnostiche affidate ai soli organi di senso, non sempre infallibili nè di ragion comune, si viene a poco a poco sostituendo il freddo ma, in compenso, ben più preciso e ben più sicuro e, spesso, ben più rapido responso del laboratorio di analisi o del gabinetto radiologico.

Come poteva sfuggire alla legge dell'evoluzione la professione medica?

Le tendenze mediche attuali possono riassumersi in tre perole: specializzazione, tecnicismo, profilassi.

Ben inteso, non si vuol dire con ciò che l'esame diretto dei malati, poggiato su solide basi anatomo-patologiche, debba relegarsi in secondo piano come si paventa da taluni.

Ciò non sarebbe in alcun modo ammissibile.

Il laboratorio deve solo fiancheggiare e coadiuvare l'opera del medico: non può sostituirvisi.

Il malato non è soltanto un caso patologico a sè stante.

Esso rappresenta sempre una personalità umana che va studiata dal medico lungo la sua esistenza, in tutta la sua complessità, oltre che nei suoi molteplici rapporti ambientali: famigliari e sociali.

Il sanitario, non soltanto deve provvedere il più sollecitamente e il più esattamente possibile ad accertare la natura della malattia nell'interesse del paziente e dei suoi famigliari, ma deve, in pari tempo, non perdere di vista l'interesse della collettività.

Gli incombe quindi, non di rado, il dovere di esercitare un'azione personale di apostolato, di educazione e di tutela igienica. Ma il compito suo di medico curante o consulente rimane sempre essenziale, predominante e insostituibile.

Però, anche sotto tale veste, egli non rinuncerà mai alle preziose risorse che gli accertamenti e i lumi del gabinetto analitico o radiologico, possono mettere sempre a sua disposizione, allo scopo di facilitare nel miglior modo possibile il compimento dei suoi doveri professionali.

Le medesime considerazioni valgono, naturalmente, anche per il funzionario medico-igienista cui fosse affidata la tutela della salute pubblica di un Comune o di una Provincia.

Cosa potrebbe fare, oggi, di veramente proficuo un igienista senza l'ausilio del laboratorio micrografico e chimico, capace di illuminarlo e di guidarlo nella esplicazione della sua attività e nello svolgimento delle sue iniziative igienico-profilattiche?

Come, ad esempio, potrebbe egli intraprendere una efficacie campagna contro la malaria o contro l'anchilostomiasi, senza un laboratorio bene attrezzato per gli esami sistematici del sangue e delle dejezioni? Come potrebbe controllare i servizi della disinfezione pubblica, quelli della epurazione delle acque da bere, quelli dell'approvvigionamento del latte, ecc. senza l'aiuto di un personale bene edotto nella tecnica entomologica, elmintologica, batteriologica, ecc.?

I laboratori per le ricerche chimiche, micrografiche e sierologiche sono diventati, oggi, indispensabili per tutti i servizi che debbono vigilare sulla salute pubblica e privata.

Questa semplice verità, come tutte le cose nuove, ha penato molto a farsi strada tra noi.

Ricordo che allorquando, nel 1907, riuscii a creare nel Capoluogo della mia Provincia, in Arezzo, il primo laboratorio provinciale e consorziale d'igiene e di vigilanza sanitaria, potei conseguir ciò solo a prezzo di non pochi sforzi. Dovetti spiegare e giustificare a lungo lo scopo benefico della mia iniziativa, contro ogni sorta di resistenze e sopratutto di incomprensioni.

Dopo 14 anni — avendo il Governo deciso, con R. D. 30 dicembre 1923, di far sorgere laboratori d'igiene in ogni provincia del Regno, e alla diretta esclusiva dipendenza delle amministrazioni provinciali — io fui ben lieto, nella mia qualità di fondatore e di presidente del Consorzo provinciale che fino allora aveva provveduto all'esistenza e al funzionamento del laboratorio, di poter consegnare all'Amministrazione provinciale di A-

rezzo, una istituzione già perfettamente organizzata ed avviata, nel pieno sviluppo della sua feconda attività.

In quell'anno 1923, le analisi della sezione micrografica e batteriologica e di quella clinica erano salite complessivamente a ben 3109.

Quell'istituzione forma ormai il pilastro centrale dell'intero ordinamento medico e igienico della provincia di Arezzo.

È supponibile ed augurabile che altrettanti vantaggi debbano arrecare, nell'interesse delle rispettive regioni, gli altri laboratori d'igiene che, ad imitazione di quello di Arezzo che fu il laboratorio provinciale primogenito, sono venuti sorgendo in tutte le rimanenti Provincie del Regno.

***

Opportunamente, adunque, i miei giovani e valorosi allievi e collaboratori, A. Alessandrini, E. Pampana e M. Sabatucci, hanno provveduto a redigere questo Manuale, che è frutto della loro personale e matura esperienza e che risponde ai concetti sopra esposti.

Inspirato a criteri di grande praticità, accuratamente aggiornato in tutte le sue parti, scritto in modo chiaro e preciso, ricco di nozioni e di suggerimenti dettati da una pratica persónale e perciò non facili a ritrovarsi in altri libri del genere, compilati spesso in modo alquanto sommario, questo Manuale verrà certo accolto con pieno favore e con assoluta fiducia da quanti alimentano nella vita di laboratorio la nobile ed utile passione della ricerca.

E il benemerito editore Luigi Pozzi, rivolgendosi a studiosi di riconosciuta preparazione e di larga esperienza allo scopo di arricchire la letteratura scientifica italiana di un Manuale che emuli i migliori dell'Estero, ha compiuto opera degna del più alto encomio e meritevole del più vivo incoraggiamento.

Roma, dicembre 1931. G. SANARELLI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

G. COTTE. *Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme.* IIª edizione, 1931. Edit. Masson, Parigi. Legato, Fr. 32.

Punto di partenza del Cotte, nello stendere il suo libro, prestissimo giunto alla IIª edizione, fu l'idea che la chirurgia aveva un posto preciso nello studio dei disturbi funzionali genitali femminili, in quanto i risultati ottenuti dai vari interventi sull'utero, sulle ovaie, o sui loro nervi, potevano risolvere dei problemi fisiologici altrimenti non delucidabili. Lo studio sistematico dell'argomento ha permesso al Cotte di raccogliere largo materiale, e di orientarsi sulle concezioni dei « disturbi funzionali », includendo anche quelli in cui esistono pure delle lesioni macroscopiche o microscopiche evidenti. Esempio ne vede nelle cosidette metrorragie essenziali, in cui tutto pare normale e invece c'è un'alterazione dell'ovaio che porta, attraverso un'anormale evoluzione del follicolo maturante, alla mancata formazione di corpo luteo.

Questo ed altro, tutto benissimo detto, frutto di attenta osservazione clinica ed operatoria, si legge nelle succose pagine con cui l'A. presenta la nuova edizione del suo libro, che segnaliamo con piacere ai lettori, i quali vogliano approfondire i problemi inerenti ai cosidetti disturbi funzionali dell'apparato genitale femminile.

Non è il caso di riprodurre qui l'indice delle materie svolte; ricordiamo solo alcuni fra i maggiori capitoli: quello introduttivo sul ciclo sessuale dei mammiferi; quello (da pagina 132 a pag. 335) sulla mestruazione; quelli sul senso genitale e sulla fecondazione; sulla leucorrea, sulla circolazione sanguigna genitale, sulla innervazione normale e deviata, ecc.

199 figure, molte originali, un esteso indice analitico utilissimo per la consultazione, una ottima edizione; quale è consueta alla Casa Masson, caratterizzano questo volume, che avrà anche fra noi molti lettori, con utilità indubbia per la loro cultura e per la migliore conoscenza della moderna ginecologia.

p. g.

VIMEUX. *Exploration tubaire et stérilité.* « L'emancipatrice ». (Editions Médicales V. Maloine). Paris, 1931. Fr. 12.

L'A. è partigiano della iniezione di lipiodol in confronto della insufflazione; riporta alcune belle tavole di personali radiografie genitali dopo lipiodol; si sofferma in seguito sulla cura, che è chirurgica quando si dimostri la impermeabilità delle trombe, ma che non dà a tutto oggi risultati confortanti; dalla sua casistica deduce che un 44 % di donne sterili hanno occlusione tubarica e per queste c'è poco da sperare, le probabilità di successo funzionale avendosi solo nel gruppo delle sterilità con trombe pervie.

Si tratta di una buona messa a giorno sull'argomento, quali abbiamo del resto ormai numerose anche nella nostra letteratura; con questa differenza che qui si è fatto un volumetto a parte (52 pag.) mentre i nostri contributi si lasciano nelle varie Riviste e quindi restano per così dire meno in vista...

p. g.

G. STICKER. *Historische Studien und Skizzen zu Natur- und Heilwissenschaft.* Editore J. Springer, Berlino. Prezzo M. 15.

Interessante raccolta di studî storici di biologia e medicina offerta da valenti scienziati a Giorgio Sticker, ordinario di Storia della medicina a Wurzburg, in occasione del suo settantesimo compleanno. DR.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

XIX Congresso Italiano di Pediatria.

Nei giorni 23-24-25 settembre ha avuto luogo a Firenze il 14° Congresso Italiano di Pediatria, a cui avevano inviato la loro adesione e le loro rappresentanze: il Consiglio Nazionale delle Ricerche, la Direzione della Sanità pubblica, la C. R. Italiana, l'Opera Nazionale Balilla, il Sindacato Medico Fascista, la Società di Nipiologia, di Radiologia, di Idrologia e Talassoterapia, di Ortopedia, di Eugenica e Termografica, la Società Medica di Parigi e quella di Lione.

Il Congresso assai bene riuscito, ha riunito a Firenze i maggiori cultori di queste specialità così simpaticamente apprezzate ed amate anche dal popolo per la sua grandissima utilità sociale attraverso la difesa e la salute dell'infanzia, in specie nel momento attuale in cui il Governo Nazionale, per l'opera ammirabile del suo Capo, rivolge le più attente cure alla protezione della maternità e dell'infanzia, su cui la Patria basa la sua maggiore grandezza.

L'inaugurazione ha avuto luogo nell'aula Magna della R. Università alla presenza delle autorità politiche, civili, militari e scientifiche; tra queste ultime: i proff. Mouriquand, Lereboullet e Pehu (Francia), Allaria, Lucca, Muggia e Fornara di Torino, Brusa, Taccone e Pestalozza di Milano, Guassardo e Gismondi di Genova, Santi e Giorgi di Venezia, Frontali, Pagani Cesa e Careddu di Padova, Cozzolino e Bergamini di Parma, Simonini di Modena, Pincherle, de Toni e Magni di Bologna, Comba, Trambusti e Cocchi di Firenze, Fiore e Raspi di Pisa, Spolverini, Valagussa, Bentivoglio, Mancini, Giuffrè di Roma, Jemma, Laurinsich e Vaglio di Napoli, Maggiore e Moro di Bari, Nasso, Lo Presti di Messina, Cannata di Palermo.

Dopo i discorsi inaugurali del Prefetto di Firenze S. E. BARATONO, che dichiarava aperto in nome del Governo Nazionale, il XIV Congresso di Pediatra, del prof. BINDO DE VECCHI, rettore dell'Università di Firenze, del prof. CARLO COMBA, presidente del Comitato ordinatore, e del prof. ALLARIA, vice-presidente della Società Italiana di Pediatria, i vari delegati degli Enti suddetti portarono il saluto delle Società da loro rappresentate ai Congressisti.

Ebbero quindi inizio i lavori del Congresso con la relazione del prof. FRANCESCO VALAGUSSA *sull'azione svolta dall'Opera Nazionale Maternità Infanzia.*

Il relatore passa rapidamente in esame lo sforzo immane intrapreso dal Governo Fascista a favore dei fanciulli e ne espone i brillanti risultati.

Dal 1927 al 1930 furono spese più di 106.500.000 lire per l'assistenza alla maternità, più di 178 milioni e 500.000 lire per l'assistenza all'infanzia, più di 24.000.000 di lire per propaganda igienica tra le classi rurali nonchè 6.000.000 per i servizi generali. Le cifre poi esposte dal prof. Valagussa riguardanti il numero dei beneficati dai vari tipi di assistenza svolta dall'Opera, sono impressionanti e diedero all'uditorio un quadro oltremodo convincente dell'importanza di questa istituzione che per merito del Governo Nazionale contribuisce a mettere l'Italia alla testa delle Nazioni civili.

L'interessante relazione, attentamente ascoltata e favorevolmente commentata, è stata accolta da vivissimi applausi.

Il prof. MEDULLA illustra quindi una importante relazione *sull'azione igienico-sanitaria svolta dall'Opera Nazionale Balilla ad integrazione della sua attività educatrice.* L'O. parla del servizio sanitario organizzato negli ambulatori consultori, dell'istituzione della cartella biotipologica di cui sono muniti i due milioni di inscritti, dell'opera profilattica contro le malattie sociali, dell'assicurazione contro gli infortuni Ricorda quanto l'O. N.B. fa per l'educazione fisica dei nostri ragazzi, l'impianto di palestre ginnastiche, illustra infine lo scopo e la funzione del Centro di studi creato a Roma. L'O. è vivamente applaudito.

Ha la parola quindi il prof. GALEAZZI, della Società Italiana di Ortopedia, che svolge una mozione per ottenere la collaborazione dei Pediatri del movimento Nazionale per una organizzazione dell'assistenza dei bambini storpi, paralitici o mutilati. A confronto delle altre Nazioni in Italia si è fatto poco a questo scopo ed una azione in questo senso sarebbe socialmente importantissima. Il prof. ALLARIA ringrazia a nome della Società di Pediatria ed assicura l'O. della collaborazione di tutti i Pediatri a tale benefica iniziativa.

* * *

Si è iniziato quindi lo svolgimento del primo tema:

Pleuriti purulente nell'infanzia.

È argomento di grande importanza pediatrica sia perchè il bambino va assai più soggetto degli adulti a questo genere di malattia e sia per la discussione tutt'ora aperta sul metodo migliore di cura.

Il primo relatore prof. NASSO si intrattiene ampiamente sulla sintomatologia e sulla diagnostica di tale affezione in specie in rapporto all'età illustrando le diverse forme cliniche, il loro decorso ed i vari esiti.

Il prof. CASTRONUOVO illustra la diagnosi dal punto di vista radiologico discutendo i vari metodi di indagine e dimostrando l'utilità di essa e le varie accortezze di tecnica indispensabili.

Il terzo relatore prof. LAURINSICH tratta *l'etiopatogenesi e l'anatomia patologica,* ed infine il prof. COCCHI discute ampiamente i vari metodi di cura medica e chirurgica, venendo alla conclusione che secondo l'esperienza di numerosi ricercatori sembra oggidì dimostrato, che in linea di principio si debba prescegliere il trattamento medico a quello chirurgico, e comunque ciò sempre nel primo periodo, e tra quelli medici la preferenza deve essere data all'optochina ed al taurocolato di sodio, con preferenza a quest'ultimo secondo la ricca esperienza personale.

Alle relazioni seguono varie ed interessanti comunicazioni su questo argomento ed infine in tema di discussione, che è stata ampia, prendono parte, portando il loro contributo di esperienze e di ricerche, i proff. LEREBOULLET di Parigi, MOURIQUAND di Lione, MUGGIA di Torino, PINCHERLE di Bologna, VALAGUSSA e SPOLVERINI di Roma, JEMMA di Napoli, BRUSA di Milano, FRONTALI di Padova, COZZOLINO di Parma, FORNARA di Novara, e COMBA di Firenze, che riassume la discussione, la quale si è soffermata in modo preminente sulla questione di un altissimo interesse pratico, vale a dire sui diversi metodi terapeutici coscenziosamente analizzati e vagliati per venire alla conclusione della superiorità in tesi generale del

metodo medico su quello chirurgico, al quale si deve fare ricorso solo nel caso in cui il primo non abbia sufficientemente corrisposto.

Secondo tema trattato fu:

Le sindromi encefalitiche nell'infanzia.

Il correlatore prof. DE TONI discute dettagliatamente l'etiopatogenesi e l'anatomia patologica di tale affezione dimostrando l'impossibilità allo stato attuale delle nostre conoscenze di differenziare costantemente ed esattamente le alterazioni dovute alle varie forme di encefalite dell'infanzia per molte delle quali è tutt'ora ignoto l'agente causale.

Il prof. TACCONE, altro relatore, si occupa sia della sindrome clinica delle varie forme acute di encefalite, soffermandosi in modo particolare su quelle osservate in bambini di recente vaccinati e sia della parte terapeutica di esse, accennando anche alla cura col siero di convalescenti. Infine il prof. BERGAMINI ha ampiamente illustrato le forme croniche di encefalite infantili, intrattenendosi anche sull'argomento assai importante dei postumi di tali manifestazioni morbose.

Su questo argomento molti congressisti fanno delle comunicazioni, tra cui degne di speciale menzione quelle di PEHU di Lione, FRONTALI, PAGANI e RADICI di Padova, MAGGIORE di Bari, PINCHERLE di Bologna, GIUFFRÈ di Roma, PARADISI di Catania ed altri. Alla importante discussione che ne è seguìta hanno preso parte D'ORMEA, GISMONDI, SPOLVERINI, ALLARIA, GIUFFRÈ, FRONTALI occupandosi, oltre che di questioni etiologiche, sintomatologiche e cliniche, in modo particolare delle varie forme di encefalopatie denunciate in questi ultimi anni a carico di soggetti di recente vaccinati, dimostrando come la etiologia vaccinica di alcune forme morbose osservate in questi bambini sia tutt'altro che dimostrata e come talune pubblicazioni al riguardo non possano andare esenti da seria critica e da errata interpretazione diagnostica. Infatti in questi ultimi tempi si è andato diffondendo nell'ambiente medico ed in parte anche nel pubblico un ingiustificato timore per la osservazione fatta da taluni — forse con troppa superficialità — di frequenti casi di encefaliti conseguenti a vaccinazione antivaiolosa, con danno grave per l'applicazione di questa pratica profilattica, fino ad ora insostituibile, contro il vaiolo.

Il Congresso per altro, tenuto conto della discussione avvenuta e dell'opinione manifestata dai vari oratori, è stato unanime nel votare un ordine del giorno per chiedere che nulla venga modificato nella legge e nella pratica della vaccinazione obbligatoria contro il vaiolo, di cui si riconosce il grandissimo valore ed invece i minimi pericoli per riguardo alle complicazioni encefalitiche, facendo voti che vengano meglio studiate le modalità di tale pratica in specie per ciò che si riferisce all'età, stagione e tecnica.

Il pensiero così chiaramente espresso dai pediatri italiani indica ai medici pratici una via netta da seguire e tranquillizza il pubblico che si era alquanto spaventato delle voci esagerate e senza evidente fondamento messe in circolazione.

Terzo tema trattato fu:

Le direttive dietetiche nelle collettività infantili.

Il prof. MACIOTTA, quale correlatore, si occupa della parte generale trattando del fabbisogno alimentare, tenendo presente l'importanza delle condizioni ambientali e del particolare stato costituzionale dei singoli individui e passa infine in rassegna il valore alimentare dei principali alimenti, richiamando l'attenzione sulle proteine vegetali.

Il prof. BRUSA, altro correlatore, riferisce sull'alimentazione del bambino nel primo anno di vita, argomento questo di notevole importanza, in modo particolare pei bambini ad allattamento artificiale tanto più difficile e pericoloso quando esso deve venire eseguito nelle collettività; studia le varie miscele alimentari, i particolari criteri da adottare pei soggetti anormali, illustrando al riguardo la tecnica migliore, tenuto conto anche delle più recenti vedute, e dell'esperienza clinica. Si occupa anche del vitto delle nutrici e della loro tenuta igienica.

Infine il prof. LUCCA espone i criteri e le norme da eseguirsi, per l'alimentazione della seconda infanzia fino all'adolescenza nelle collettività infantili. Esso, tenuto conto dell'impossibilità pratica di ricorrere a diete individualizzate ed anche della questione del fattore ambientale ed economico, riassume tali norme in apposite tabelle, le quali in definitiva risultano in piena concordanza con quelle già studiate e pubblicate recentemente dall'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia che già si era preoccupata di tale questione a mezzo di un'apposita commissione tecnica.

Seguono le comunicazioni di varî congressisti su questo argomento, tra cui degne di nota quelle di MOURIQUAND *sui danni dell'alimentazione carenzata nel bambino;* quella di DE TONI *su alcune norme per l'alimentazione del lattante*, ed infine quelle di SPOLVERINI e BENTIVOGLIO *su di una nuova tecnica (aggiunta di un colloide protettore) nell'allattamento artificiale*, la quale durante i quattro anni di esperienze e di studio nella clinica ha dimostrato la sua indiscutibile superiorità su tutti gli altri metodi fino ad ora più in uso, come risulta anche dai diagrammi presentati.

Alla discussione di questo importante argomento prendono parte i proff. VALAGUSSA, MUGGIA, FRONTALI, PINCHERLE e GIORGI. Esaurita la trattazione dei lavori scientifici il presidente prof ALLARIA ringrazia tutti gli intervenuti per avere portato il contributo dei loro studi a questa riuscita manifestazione scientifica a difesa della salute dell'infanzia Dopo avere proceduto all'elezione ed alle sostituzioni delle cariche sociali, viene acclamata Roma a sede del prossimo Congresso.

* * *

Terminati i lavori scientifici i convenuti si sono recati in gita turistica attraverso la vallata del Chianti, dapprima ad ammirare tutte le bellezze artistiche di Siena, ove sono stati festosamente accolti in Municipio e dalle varie Autorità, e poi sono giunti a Perugia. Quì dopo una visita ai maggiori monumenti della città è stato loro offerto dal Podestà di Perugia dott. Buitoni un ricevimento nella storica sala dei Notari insieme ad una ospitalità veramente signorile. Da ultimo i congressisti si sono recati ad Assisi ad ammirare le bellezze insuperabili della Città del Santo, ove si sono sciolti per fare ritorno alle proprie residenze non senza un pensiero nostalgico per la grande visione di bellezze contemplate nelle varie città visitate.

BENTIVOGLIO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Contributo alla curieterapia del cancro del collo dell'utero.

E. Held (*Revue Française de Gynécol. et d'Obstétr.*, luglio 1931) dà un resoconto di 286 casi di cancro del collo dell'utero curati col radium dal 1914 al 1930 (l'operabilità dei quali era in percentuale inferiore al 20 %).

Delle malate curate prima del 1925, 35 guarirono. Percentuale di guarigione 12,2 %. Togliendo i casi prima operati chirurgicamente o irradiati per metastasi, la percentuale si riduce di ben poco: 11,85 %.

Per i casi curati dal 1925 al 1930, guarigione del 23 %, che si riduce al 16 % se si tolgono i casi operati.

L'A. ha veduto 3 soli morti imputabili alla cura di radium (una per fenomeni settici, una per perforazione dell'utero e una per peritonite). Più frequenti sono le complicanze locali (fistole vescico-vaginali, proctite).

Circa la dose, ancora non si può standardizzare.

Held ha notato che casi ritenuti inoperabili sono diventati operabili dopo applicazioni di radium. R. LUSENA.

La curieterapia delle affezioni non cancerose dell'utero.

R. Koenig e F. Chatillon (*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, luglio 1931) hanno applicato la curieterapia in 86 casi in cui l'indicazione principale è stata sempre l'emorragia (fibromiomi e menorragie senza alterazioni macroscopiche dell'utero e degli annessi, escluse quindi le endometriti deciduali e le emorragie da cisti ovariche e annessite).

Per le indicazioni ha importanza enorme l'età. Nelle giovani l'uso del radium è controindicato perchè essendo difficilissimo ottenere la sola azione emostatica spesso si danneggia la funzione ovarica; quindi nelle giovani si adopera solo dopo fallimento delle pratiche terapeutiche comuni. Gli AA. se ne sono serviti nelle giovani in 5 casi soli, con una forte percentuale di conservazione delle mestruazioni (4 volte su 5). Le dosi usate furono piccole.

In quanto alla fecondazione successiva alle applicazioni di radium, essa non è frequente e, quando si compie, la gravidanza per lo più non giunge al termine.

Il vero campo d'azione del radium nelle affezioni cancerigne dell'utero è nelle donne vicine alla menopausa.

Nei miomi il radium è indicato quando l'utero è grosso non più che come nella gravidanza, al 3° mese e mezzo, e non ci siano dubbi circa la benignità del tumore e non esistano affezioni concomitanti degli annessi nè fenomeni da compressione. Se esistono invece queste condizioni, non si deve applicare radium.

Sono state descritte varie complicazioni della cura: febbre, gangrena, piometra, ematometra, necrosi, stenosi del collo, flebite, peritonite. Gli AA. non ebbero che una sola volta un'infiltrazione parametrale e una volta insuccesso. R. LUSENA.

Menorragie non dovute a malattie uterine.

Di questo argomento si è occupata la Sezione di Ostetricia e Ginecologia della British Medic. Assoc. al Congresso di Eastbourne (*Lancet*, 12 settembre 1931).

A. S. Parkes ha riferito sulla mestruazione dal punto di vista fisiologico, mentre J. Young ha detto che le menorragie in questione sono spesso dovute a iperplasia dell'endometrio (malattia di Schroeder) accompagnata da degenerazione cistica dei follicoli ovarici. In questo gruppo di menorragie vanno messe la polimenorrea (mestruazione troppo frequente), la menorragia disfunzionale (flusso eccessivo o prolungato, però a intervalli normali) e anche alcune emorragie della postmenopausa. Nella diagnosi differenziale bisogna eliminare cancro e fibroma. Circa la cura gli estratti ovarici gli si sono dimostrati poco efficaci (5 guarigioni e 5 miglioramenti colla sistomensina su 23 casi trattati con preparati ovarici).

H. Gardiner Hill si è occupato del problema della menorragia in rapporto colla medicina generale quale sintoma di malattia, così per esempio, si può avere nell'insufficienza cardiaca cronica, nell'ipertensione, nelle diatesi emorragiche e nelle distrofie dei dotti ghiandolari (disturbi ovarici, tiroidei, ipofisari). Le menorragie della pubertà possono mettersi in rapporto con un iperovarismo, o con disfunzione tiroidea.

Circa le cause S. Zuckerman ritiene che l'ipotesi della deficienza del corpo luteo si debba abbandonare, che quello della deficienza dell'ormone follicolare sia dimostrato solo indirettamente e che la genesi più probabile si debba ricercare nell'ipofisi.

St. George Wilson ha trovato che i migliori risultati terapeutici si hanno colle applicazioni di radium. Buoni risultati ha avuto W. Langumir Watt coi raggi X.

J. B. Dawson ha insistito sull'esistenza di lesioni cervicali in queste menorragie, per cui non bisogna escludere un'alterazione ovarica da cause infiammatorie.

Eric Slacey ha ricordato l'estrazione fatta da Colly dell'eumenina, ormone ovarico che attiva l'ormone del lobo anteriore dell'ipofisi.

Tardley Holland ha detto che in ogni caso

è necessaria una conta delle piastrine, egli ha espresso il dubbio che l'ipertensione possa provocare menorragia e ritiene, nei riguardi della cura, che sia meglio usare i raggi X piuttosto che il radium perchè coi raggi X si può ottenere sterilizzazione solo temporanea. R. LUSENA.

Profilassi della sepsi puerperale.

Poichè l'esame sistematico delle donne gravide eseguito con lo speculum, ha permesso di rilevare la presenza di erosioni sul collo dell'utero nell'80 % dei casi delle multipare e nel 10 % delle primipare e l'esame batteriologico ha dimostrato la presenza in tali erosioni di germi patogeni (streptococchi e stafilococchi, coli, anaerobi, ecc.), in varie proporzioni, capaci di produrre la sepsi puerperale, H. A. Miller, D. Ben Martinez e M. E. Hodgkin (*The Journ. of the Am. Med. Ass.*, 27 sett. 1930) ritengono misura profilattica di grande valore contro la sepsi puerperale stessa, la ricerca delle ulcerazioni cervicali e la loro cauterizzazione.

Tale trattamento dovrebbe in genere farsi al termine di ogni periodo puerperale, ma non porta danno alcuno anche se eseguito all'inizio della gravidanza.

Gli AA. hanno cauterizzato il collo dell'utero eroso di 2000 donne, con i seguenti risultati:

1) nessun prolungamento, nè ritardo nella spontanea dilatazione del collo;
2) nessun aumento nella percentuale delle operazioni ostetriche;
3) nessun caso di sepsi puerperale;
4) temperatura post-partum più bassa di fronte alle moderate elevazioni verificatesi in un gruppo di donne non cauterizzate;
5) assenza di erosioni del collo al termine del puerperio (erosioni riscontrate invece nel 70 % di donne non cauterizzate). VICENTINI.

TECNICA.

La luce di Wood nell'analisi del latte e del burro.

È noto come in quest'ultimi tempi la luce di Wood vada assumendo importanza pratica non lieve non solo nel campo clinico e terapeutico, ma anche in varie branche industriali, utilizzandosi la fluorescenza ch'essa induce nelle più varie sostanze inorganiche, organiche e viventi. Anche la chimica delle sostanze alimentari è sulla via di usufruire della luce di Wood quale mezzo d'indagine analitica.

F. Tallo e B. Albanese (*Riv. San. Sicil.* 15 ott. 1930) hanno ora condotto un'intera serie di ricerche, servendosi di simile mezzo, sul latte proveniente dalle varie specie di animali lattiferi ed i risultati sono emersi al riguardo suscettibili di buona applicazione pratica per quanto concerne il controllo igienico di quell'alimento. Tavole a colori molto ben riuscite, annesse all'articolo dei due AA., ci pongono in evidenza le differenti fluorescenze tipiche che il latte, sotto la luce di Wood, assume a seconda della specie animale da cui proviene e di alcune alterazioni (scrematura, miscele di qualità diverse, ecc.) che vi possono essere apportate in commercio, come pure a seconda delle sostanze chimiche aggiunte per scopo conservativo (acido salicilico, abrastol, acqua ossigenata).

È d'uopo tuttavia notare, come simile mezzo d'indagine non si presti per svelare un annacquamento inferiore al 40 %, venendo allora di poco modificata la tonalità fondamentale della fluorescenza propria del latte normale, e parimenti non sia sufficiente per scoprire l'inquinamento con batteri ed il sudiciume, ed, infine, l'acido borico, il bicarbonato di sodio, la formalina, aggiunti per conservazione dell'alimento.

Ricerche condotte dagli AA. anche sul burro, hanno rivelato come colla luce di Wood siano facilmente svelabili le sofisticazioni con grassi animali o vegetali ed i vari tipi di burro artificiale. G. TEGONI.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Analisi degli antigeni batterici basata sulla chimica e sulla funzione.

Gli antigeni, rileva J. M. Alston (*Edimburgh Medic. Journ.*, settembre 1931) provocano la formazione di anticorpi precipitanti, agglutinanti o litici e altri fenomeni dipendenti dalla natura dell'antigene. Alcune sostanze più semplici usate come antigeni contengono proteine di origine animale o vegetale (p. es. l'albumina d'uovo, la caseina, la zeina). Gli antigeni semplici come questi sono sostanze proteiche molto più complesse delle protamine e contengono alcuni radicali aromatici. Si ritiene che le proteine siano contenute in quasi tutti gli antigeni.

Nel 1902 Pick ottenne dalle culture del bacillo del tifo una sostanza non proteica, resistente al calore e solubile in alcool, che dava precipitine specifiche con siero di animali immunizzati con b. del tifo, mentre di per sè sola non produceva anticorpi. Nel 1923 Zinsser e altri fecero osservazioni simili per altre specie di batteri. Questa sostanza risultò essere un carboidrato.

Un'osservazione importante fatta in proposito è questa: che il batterio può perdere la parte carboidrata del suo antigene, ma conserva quella proteica; esso però perde allora la sua virulenza.

La sostanza specifica solubile fu trovata nel sangue, nelle urine e altrove durante le infezioni e sarebbe quello che alcuni hanno chiamato aggressina o virulina.

La sostanza solubile pura non è tossica per animali mai infettati. I convalescenti di polmonite sono sensibili alla sostanza solubile dei pneumococchi e reagiscono all'iniezione con eritema.

Trattando le tossine batteriche con formalina o con altre sostanze si diminuisce la loro tossicità, ma non la capacità di formare anticorpi. R. LUSENA.

Contributo allo studio dell'immunità nell'influenza epidemica.

A. Lichtenstein (*Acta Medica Scandinavica*, fascic. I-II, 12 giugno 1931), ha notato che quasi il 50 % dei malati d'influenza nell'epidemia del 1927 erano stati malati pure nell'epidemia del 1918 e 1919; in quelli che avevano già avuto la malattia nell'epidemia precedente la percentuale di complicazioni polmonari fu del 10 % inferiore agli altri.

La mortalità è stata uguale per i due gruppi di malati.

Questi dati statistici stanno contro l'esistenza di un'immunità di lunga durata dopo l'influenza epidemica. R. LUSENA.

Azione protettiva del tessuto di granulazione contro l'assorbimento delle tossine.

Già Billroth aveva osservato che nei cani con ferita granuleggiante, ricoprendo la ferita con garza imbevuta di pus, non se ne avevano conseguenze spiacevoli, mentre si avevano processi infiammatori iniettando lo stesso pus sotto cute.

Fu poi osservato da Afanassieff che il b. anthracis non attecchisce se applicato su ferita granuleggiante.

M. White (*The Lancet*, 13 giugno 1931) ha ripetuto gli esperimenti di Noetzel colla tossina tetanica applicata su ferite granuleggianti e vide che, se l'applicazione di tossina avviene più di 5 giorni dopo la formazione della ferita, la tossina tetanica non dà disturbi. La tossina però non è neutralizzata, ma rimane in sito e può essere dannosa se si cruenta la ferita in via di guarigione.

Quest'azione protettiva delle ferite granuleggianti non esiste invece pel veleno di cobra, secondo le esperienze fatte dal White.

R. LUSENA.

INFORTUNISTICA.

Tempo d'incubazione del reumatismo articolare.

V. Schnizer (*Med. Klin.*, n. 34, 1931) cita un interessante caso di infortunistica. Un soldato — inviato in piena salute in licenza — si ammala dopo 6 giorni con febbre e dolori alle articolazioni: è ricoverato in ospedale.

Nè raffreddamenti, nè angine avevano preceduto il male, che si protrasse con febbre elevata, continua; all'ascoltazione del tono un leggero rumore di soffio alla punta: polso 140 ritmico.

Caduti i dolori e la febbre, il paziente fu dimesso dopo circa 2 mesi: i toni cardiaci erano tornati puri.

Nel 1918 fu fatto prigioniero dei francesi: egli afferma di aver sofferto allora dei disturbi cardiaci e di dolore alle articolazioni: ma questo non risulta dai documenti francesi.

Esaminato nel 1928, è stata riscontrata la presenza di un gozzo, labilità del sistema circolatorio e aritmia: i dolori articolari non si sono ripetuti più.

L'infermo ha chiesto un indennizzo per malattia (reumatismo ed endocardite) contratta in servizio.

L'A. con un esame serrato dei fatti giunge alla conclusione che tale domanda non può essere accolta, e che al giorno d'oggi, si tratti probabilmente di fenomeni circolatori di natura tireotossica, non d'endocardite.

V. SERRA.

VARIA.

La lingua nera pelosa.

(H. H. GLEAVE e S. HALLAM. *The British Medic. Journ.*, 18 aprile 1931) ricorda che nel 1869 questo particolare stato della lingua fu descritto dal Raynaud, che paragonò questa lingua ad un campo di grano sferzato dal vento. Egli anche descrisse nella lesione dei corpi rotondi che riteneva spore di funghi. Solo nel 1901 questi corpi rotondi furono identificati da Lucet come cellule di lievito che chiamò *Criptococcus linguae pilosae*.

Nel 1878 ci fu un'epidemia ad Issy, descritta da Chantemesse.

Pochi casi sono stati descritti in Inghilterra. Dinkler trovò nei peli un bacillo fusiforme gram-positivo, che fu osservato anche da Novelli. Guégan ha descritto un'oospora, che poi fu da altri classificata fra gli *actinomyces*. Catanei recentemente (1928) trovò il fermento di Lucet.

Charpy ritiene la malattia prodotta da lesione nervosa traumatica o funzionale, mentre Barnard riterrebbe si tratti di un'escrescenza della papilla filiforme.

Incerta è la natura del pigmento. Esso non dà la reazione del ferro al blù di Prussia, è insolubile in acido o in alcali, e secondo alcuni anche s'imbianca coll'acqua ossigenata.

I peli sono filamenti di epitelio più o meno cheratinizzato attaccati alla sommità delle papille filiformi.

Fattore essenziale pare sia l'acidità della reazione della bocca.

L'A. descrive un caso in un uomo di 45 anni che guarì con lavaggi della bocca mediante una soluzione di potassa. Egli trovò in questo caso un bacillo fusiforme gram-positivo, sarcine, streptococchi e bacillo acidofilo e fermento di Lucet, somigliante al *saccharomyces*.

Un altro caso descrive nella stessa rivista H. M. Warry, il quale ha isolato una « Monilia macroglossia » identica al *Cryptococcus linguae pilosae*.

R. LUSENA.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.

CONTROVERSIE GIURIDICHE

XXXIII. - Responsabilità per fatto colposo.

Il prof. B. operò Miglioli Eugenio di gastroenterostomia anteriore ed enteroanostomasi. Dopo circa sei mesi, Miglioli soffrì disturbi vari. L'esame radiografico avvertì della esistenza di un corpo estraneo nell'addome (pinza Pean). L'infermo fu operato da altro chirurgo, per l'estrazione della pinza, ma quattro giorni dopo morì per peritonite settica diffusa. Fu iniziato giudizio penale contro il prof. B., ma il giudice istruttore dichiarò non doversi procedere perchè il fatto non costituisce reato.

Fu poi promosso giudizio civile, dagli eredi Miglioli, per il risarcimento del danno.

Il Tribunale condannò il chirurgo B. e l'ospedale, ritenendo accertata la colpa. La Corte di Appello, però, riformò la sentenza del Tribunale e dispose perizia per il seguente quesito: « dica il perito se il conteggio dei ferri chirurgici sia prescritto prima e dopo l'operazione o quanto meno sia consigliato dalla scienza chirurgica e se tale pratica sia entrata nella tecnica operatoria come norma di indiscussa utilità e sia generalmente adottata ». La Corte di Cassazione civile, con sentenza 13 maggio 1931, ricorrenti gli eredi Miglioli, ha annullato quella della Corte di appello.

Circa il fondamento della responsabilità il Collegio Supremo ha premesso che tra chirurgo ed infermo si costituisce un rapporto di locazione di opera, e il primo deve usare la diligenza del professionista « che nulla trascura, prima durante e dopo l'intervento, di quanto la scienza e l'arte suggeriscono per il felice esito del medesimo ». Responsabilità contrattuale, dunque.

La Corte ha poi soggiunto che il magistrato di appello, valendosi delle perizie medicochirurgiche eseguite (quattro!) e degli altri elementi di prova, avrebbe dovuto stabilire: « se quell'accidente era raro o frequente nelle cronache chirurgiche; se prevedibile o imprevedibile; evitabile o inevitabile coi mezzi che la progredita tecnica moderna offre all'operatore... Se a questa doverosa indagine avesse la Corte proceduto o non avrebbe disposto la perizia, decidendo senz'altro la lite, o pur questa disponendo, avrebbe formulato il quesito peritale in modo diverso da quello adottato ed avrebbe inoltre non attribuito al disposto mezzo istruttorio quel valore decisivo e risotivo della causa, che i ricorrenti giustamente lamentavano ».

La Corte ha esaminato, in sostanza la motivazione della sentenza e per queste ed altre considerazioni, ha ritenuto che sia errata ed insufficiente. Perciò ha rinviato la causa ad altra Corte di appello, per nuovo esame.

Le sentenze del Tribunale, della Corte di Appello e della Cassazione sono riportate nella Rivista il *Diritto Pubblico Sanitario*, 1930, pag. 163 e 356; 1931, pag. 306.

XXXIV. - Concorsi - Illegittimità del procedimento.

Quando si può ricorrere contro l'attività della Commissione? Generalmente gli atti di essa sono preparatori. L'interessato può, quindi, ricorrere contro il provvedimento definitivo (nomina) anche per illegittimità del procedimento anteriore. Diciamo *generalmente*, perchè talvolta la giurisprudenza ha fatto eccezione per le deliberazioni della Commissione che escludano dal concorso; dell'esattezza di questa risoluzione è da dubitare, perchè, pur essendo attribuito alla Commissione il potere di deliberare circa l'ammissione dei concorrenti, la esclusione dal concorso non si può considerare definitiva. Infatti, l'autorità che deve provvedere alla nomina, concludendo il procedimento del concorso, ha facoltà di controllo della legittimità degli atti della Commissione e soltanto se ne accetta il risultato e delibera, c'è un provvedimento definitivo. È da avvertire però che, se la esclusione fosse comunicata dall'autorità deliberante, il ricorso dovrebbe essere prodotto anche prima della nomina definitiva di uno dei concorrenti.

A prescindere da questo caso, gli atti della Commissione sono preparatori; giurisprudenza costante, confermata recentemente dalla V^a^ Sezione del Consiglio di Stato con sentenza 12 giugno 1931 n. 353.

Il ricorso deve, quindi, essere diretto al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale nel termine di giorni sessanta dalla comunicazione della nomina.

Con la stessa sentenza la V^a^ Sezione ha annullato il risultato di un concorso perchè la Commissione non aveva indicato criteri di massima per la valutazione dei titoli, si era limitata ad una esposizione dei titoli presentati e alla votazione complessiva, aveva valutato titoli *elencati* ma effettivamente non presentati. Prescindendo dal caso particolare, il criterio ormai dominante in giurisprudenza è questo: tutti i titoli apprezzabili devono essere elencati e valutati; dai verbali devono risultare i criteri dai quali la Commissione è stata guidata, con uniformità; la graduatoria deve essere ed apparire il risultato di un processo logico, condotto con obbiettività e completezza. La validità delle operazioni e del giudizio non può essere regolata a priori, con norme rigide ed assolute, dovendosi considerare le circostanze del caso, il numero dei concorrenti, la entità dei titoli ecc.

Criterio elastico, insomma. Questo è l'indirizzo della giurisprudenza.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALLUVIONI CAMBIÒ (*Alessandria*). — Scad. 31 gen.; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 2000 cavalc., L. 500 uff. san.; decurtaz. 12 %.

BARI. — Scad. 21 dic.; per Palese e Macchie; rivolgersi Segreteria gen. del Comune, Sez. personale.

BOGLIUNO (*Istria*). — Scad. 19 dec.; con Valdarsa; L. 9000 e 4 quadrienni dec. più c.-v. e L. 4000 trasp.; riduz. 12 %

BONARCADO (*Cagliari*). — Scad. 31 dec.; L. 7480 oltre L. 410 uff. san., c.-v., 4 quinquenni dec.

BORGONOVO VAL TIDONE (*Piacenza*). — Consorzio: Aiuto medico-chirurgo nell'Ospedale Civile e medico del Ricovero « E. Andreoli ». Stipendio annuo L. 8500 complessive, gravato delle trattenute di legge e della riduzione del 12 %. Domanda con documenti debbono pervenire entro il 15 dicembre alla Segreteria del suddetto Consorzio presso l'Ospedale Civile di Borgonovo Val Tidone. Per ottenere il bando di concorso e altre informazioni rivolgersi alla Segreteria suddetta.

CAGLIARI. *Comune*. — Medico chirurgo supplente: L. 6000 e c.-v.; 4 quinquenni dec. Scad. 15 dic.

CALANNA (*Reggio Cal.*). — Scad. 24 dic.; L. 6000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 2500 cavalc., L. 600 se uff.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

CARPIANO (*Milano*). — Stipendio lordo L. 13.000. Scadenza 20 gennaio 1932.

CASTELLAMONTE (*Aosta*). — Scad. 25 feb.; 2ª condotta; condizioni visibili presso l'ufficio comunale.

CHIURO (*Sondrio*). — Consorzio Chiuro-Castello dell'Aquila, con residenza in Chiuro. Abitanti 3163 (di cui 250 poveri). Stipendio annuo L. 8500 aumentabile di un decimo ogni quinquennio a partire dal biennio di prova. Indennità di trasferta L. 677,50, più L. 500 quale Ufficiale Sanitario. Indennità di trasporto a seconda del mezzo usato e di caro viveri come per impiegati statali. Il tutto con deduzione del 12 % e della R. M. Lo stipendio sarà pure ridotto del contrib. alla Cassa Pensioni e di quello per il Collegio Orfani di Perugia. Documenti di rito. Scadenza 5 gennaio 1932. Per altri chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale di Chiuro.

COSTIGLIOLE D'ASTI (*Alessandria*). — Stipendio L. 7.000 ed indennità mezzi di trasporto L. 2.500. Il tutto al lordo delle riduzioni RR. DD. 25-6-1927 N. 1159; 29-12-1927 N. 2672 e 20-11-1930 N. 1490, nonchè delle ritenute Monte Pensioni ed inerenti. Domanda e documenti di rito alla Segreteria Municipale entro il 15 febbraio 1932.

FOGGIA. *Amministrazione Provinciale*. — Con avviso del 20 novembre il Preside dell'Amministrazione Provinciale informa che, causa errore materiale avvenuto nel bando di concorso del 5 agosto 1931, si rettifica: 1°) Il limite massimo di età per i concorrenti è di anni 45, salvo il disposto dell'art. 42 del R. D. 30 settembre 1922, N. 1290; 2°) I termini per la presentazione delle domande sono prorogati al 30 dicembre 1931; 3°) Rimangono valide tutte le altre condizioni del precedente avviso del 5 agosto 1931, che può richiedersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

FONDI (*Roma*). *Ospedale Civile*. — Chirurgo direttore e medico primario; rispettivam. L. 15.000 e 12.000; 4 quadrienni dec.; partecipaz. 20 %; età lim. 45 a.. al 14 nov.; tassa L. 50 al Tesoriere dell'Ospedale; dec. a 3 mesi. Scad. ore 12 del 31 dic. Chiedere annunzio.

FRASCATI (*Roma*). — Al 31 dic.; L. 9000 e addizionali di L. 4 e di L. 5 oltre 1000 e 2000 poveri; c.-v.; 5 quadrienni dec.; riduz. di legge; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dall'11 nov.

LUGO (*Ravenna*). *Ospedale Umberto I*. — Al 30 dic., ore 17; assistente della Sez. chirurg.; L. 3000 e 15 % proventi ambulatorio; deduz. 12 %; vitto e alloggio; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 12 nov.

MAFALDA (*Campobasso*). — L. 6175 da ridurre del 12 %; 3 quinquenni dec.; età lim. 39 a.; tassa L. 50,10. Scadenza 15 febbraio.

MANOCALZATI (*Avellino*). — A tutto 8 febbr.; lire 6000 e 4 quadrienni; in corso miglioram.; se uff. san. L. 500; detraz. 12 %; età lim. 50 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dall'8 nov.

PALAZZUOLO DI ROMAGNA (*Firenze*). — A ore 17 del 31 gen.; L. 9000 e 8 trienni dec., oltre c.-v. e L. 600 trasp.; deduz. 12 %; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 25 nov.; serv. entro 15 gg.

PESCARA. *Amministr. Prov.* — Direttore della Sez. chimica e coadiutore della Sez. med.-micrografica del Laborat. prov. d'igiene e profilassi; rispettivam. stipendi L. 12.000 e L. 10.000; serv. att. L. 3000 e L. 2000; 4 quadrienni di L. 1000 e di L. 800; partecipaz. 30 % e 12 %; riduz. 12 %. Tassa L. 50,10. Scad. ore 19 del 31 dic.

RIETI. *Amministrazione Provinciale*. — Direttore della Sezione Medico-Micrografica e Direttore della Sezione Chimica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi, e due posti di Vigili-preparatori presso le Sezioni stesse. Scadenza ore 18 del 31 gennaio 1932. (V. precedente N. 49).

RIMINI — Scad. 31 dic., ore 12; per S. Giustina; L. 9000 e 10 ventesimi; per cavallo od autovettura L. 4000; addizionali di L. 3, 4 e 5 oltre il 18 % della popolaz.; deduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 6 mesi dal 19 nov.

SALERNO. *Ospedali Riuniti*. — Scad. 1° mar.; chirurgo direttore; L. 6000; età lim. 40 a. (salvo e. r. e per chi abbia occupato, durante l'ultimo quadriennio, un posto di primario in reparto chirurgico presso Università o Istituto pubblico). Chiedere informazioni alla Segreteria.

S. MINIATO (*Pisa*). — Con Ponte a Elsa; L. 9500 e 4 quadrienni dec., c.-v.; indenn. mezzi trasp. da determinarsi di anno in anno; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10. Scadenza 10 febbraio.

SARNANO (*Macerata*). — Per titoli, prima condotta, prevalentemente chirurgica. Stipendio annuo lordo L. 9000 da ridursi del 12 %. Indennità di cavalcatura L. 1250. Indennità caro-viveri come per gli impiegati dello Stato. Tre aumenti periodi quadriennali di un decimo sullo stipendio iniziale. Età minima 24 anni, massima 40. Documenti di rito debitamente bollati e legalizzati. Scadenza 15 gennaio 1932. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

Sassocorvaro (*Pesaro Urbino*). — Scad. 25 gen.; 1ª cond.; L. 10.500 e addizionale di L. 2 sopra i 500 pov., 1° c.-v.; per direz. dell'Ospedale Civile « Lanciarini » L. 2000 e partecipaz.; tassa L. 50.10.

Solofra (*Avellino*). — Scad. 10 gen.; L. 6500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1500 cavalc.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Trecenta (*Rovigo*). — Scad. 30 dic.; 1° reparto; L. 800 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; c.-v.; indenn. mezzi trasp.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

Vercelli. *R. Prefettura.* — Ufficiale Sanitario per il comune di Trino e per il comune di Santhià. Per titoli ed esami. Stipendio L. 7000, più dieci aumenti biennali. Indennità di annue L. 3500 per Trino; per Santhià L. 2000. Consentito esercizio libera professione. Domande alla R. Prefettura corredate dei prescritti documenti entro il 10 gennaio 1932. Per chiarimenti rivolgersi alla Prefettura di Vercelli.

Volpiano (*Torino*). — Scad. 1° mar.; condizioni tutte poste dal regolamento organico; chiarimenti dalla Segreteria com.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

Concorsi a premi.

Premio internazionale per uno studio sul tracoma.

Il ministro ungherese della previdenza sociale apre il concorso ad un premio per compensare un lavoro originale che tratti l'eziologia del tracoma. Il lavoro deve portare un contributo nuovo al problema. Dev'essere inviato direttamente al ministro, in Budapest. Il premio importa 2000 franchi svizzeri (circa 8000 lire it.).

Premi Mariano Scellingo.

Presso la R. Università di Roma è aperto un concorso in oftalmologia a due premi di L. 500 l'uno, intitolati al prof. Mariano Scellingo. Sono ammessi al concorso i giovani che dopo un anno dalla laurea in medicina e chirurgia, conseguita presso la R. Università di Roma, dimostrino di aver fatto studi speciali in oculistica. Il premio è conferito per titoli ed eventualmente per esame a giudizio di una Commissione di tre professori eletti dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia. Scad. 31 luglio 1932. Rivolgersi alla Segreteria universitaria.

Per l'istituzione di un premio annuo presso la R. Università di Roma, da intitolarsi: "Fondazione Vittorio Ascoli„

Somma come da precedente N. 40	L.	49.730 —
Dott. Enrico Ballerini (Roma) . . .	»	50 —
Scuola Medica Ospedaliera (Roma), 2° versam.	»	1.986 —
	L.	51.766 —

Si fa noto che col 31 dicembre p. v. la sottoscrizione sarà chiusa. Coloro che desiderano di parteciparvi, sono pregati vivamente di voler affrettare l'invio del loro contributo.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

L'avv. Sileno Fabbri, Preside della provincia di Milano, è nominato Commissario dell'Opera Nazionale per la Maternità e l'Infanzia, in sostituzione dell'on. prof. Alberto Blanc, che ha chiesto di essere esonerato dall'alta carica.

Attraverso un quinquennio di tenace ed alacre attività, l'on. Blanc ha contribuito a creare un'organizzazione salda ed efficiente, di cui il Paese è giustamente orgoglioso. Gli subentra un uomo di lunga esperienza in materia assistenziale, animato da fede non meno fervida ed operosa. Ai due gerarchi vadano un saluto e un augurio.

La Facoltà medica di Pavia ha chiamato unanime alla cattedra di patologia chirurgica il prof. Giovanni Morone, che teneva lo stesso insegnamento a Siena.

A sostituirlo, la Facoltà medica di Siena ha chiamato ad unanimità il prof. Raffaele Brancati, della R. Clinica chirurgica di Roma.

Ai due insigni patologi e operatori i nostri rallegramenti sentiti.

La Facoltà medica di Colonia ha eletto decano il prof. Rudolf Grashey; quella di Breslavia il prof. Ludwig Fraenkel; quella di Bonn il prof. Hugo Salter.

Il dott. Hans Hejan Scheyer, assistente alla cattedra di ginecologia di Colonia, è nominato direttore dell'Ospedale Ginecologico di Canton (Cina) e docente all'Università di Sun-Yat-Sen.

Il prof. F. Bernig, di Essen, è nominato ordinario di dermatologia e venereologia a Colonia.

Il prof. Theodor Pohl, di Friburgo i. B., è nominato titolare di chirurgia all'Accademia Medica di Düsseldorf.

Il prof. Kurt Schneider è nominato direttore della Sezione clinica dell'Istituto per le malattie mentali di Monaco di Baviera, in sostituzione del prof. Lange, chiamato a Breslavia.

Il prof. Bernhard Fischer Wasels, titolare di patologia generale e anatomia patologica a Francoforte s. M., è nominato vice-direttore dell'Istituto neurologico.

Sono nominati cavalieri nell'Ordine della Corona d'Italia il prof. Ferdinando Ponzo, direttore sanitario del Brefotrofio provinciale di Palermo, e il dott. Ugo Genova, medico scolastico a Palermo.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Firenze.

Una prolusione del prof. Filippo Neri.

L'8 nov. ha avuto luogo nell'Aula Magna del nostro Ateneo la consueta cerimonia per l'inaugurazione dell'anno accademico alla presenza delle autorità, di un foltissimo gruppo di professori e di studenti. Dopo che il Magnifico Rettore prof. Bindo De Vecchi ebbe presentato una lucida relazione, prese la parola il prof. FILIPPO NERI, ordinario d'Igiene, il quale ha tenuto la lezione inaugurale sul tema: « *La questione del latte e il problema alimentare* ». Egli, iniziando il suo dire, coll'appoggio di numerosi dati statistici, ha messo anzitutto in rilievo il disagio alimentare in cui viene a trovarsi in Italia l'uomo medio, la cui razione alimentare è di un decimo al di sotto del fabbisogno reale E, se si analizza minutamente questa deficienza nei suoi particolari, si osserva come essa si esercita sovrattutto a carico delle sostanze proteiche che l'uomo medio italiano introduce in troppo scarsa quantità, mentre esse rappresentano un elemento dei più importanti nella razione alimentare umana. Ciò è dovuto in parte all'alto costo delle medesime, in parte alla scarsità di esse sul mercato, e conseguentemente alla difficoltà di potersele utilmente procurare. Ora, se si pon mente alla notevole quantità di proteine e di grassi che sono contenuti nel latte e nei latticini, e, se si pensa che l'Italia, nella produzione del primo e dei secondi, trovasi invece tra le nazioni più favorite, gl'italiani potrebbero trovare appunto nel prezioso alimento e nei suoi derivati un utile rimpiazzo alla deficienza lamentata del quoziente proteico. Ma affinchè questo possa avvenire si rende necessaria una maggiore disciplina e una severa vigilanza igienica sulla produzione del latte che è in certe regioni del nostro paese frazionatissima, così che sfugge con molta facilità a questo necessario controllo. È indispensabile perciò una regolamentazione non solo della produzione, ma anche dell'approvvigionamento del latte in specie nei grandi centri, affinchè si possa fornire alle popolazioni un latte non depauperato nei suoi elementi nutritizi e immune dai pericoli di possibili inquinamenti e contaminazioni specialmente per parte di germi patogeni (b. di Koch, Brucelle, ecc.), la cui vitalità è notevolmente persistente. In alcuni centri abitati più importanti si è appunto addivenuti a un razionale sistema di raccolta del latte e a un più razionale sistema di sterilizzazione mediante impianti di « pasteurizzazione », che, agendo sul prezioso alimento prima che esso giunga al singolo consumatore, lo rendono puro senza alterarne i componenti alimentari, il che ad es. non è quando si proceda alla sterilizzazione del latte mediante l'ebullizione.

L'O. si è augurato che questo concetto dell'alto valore nutritizio del latte e dei suoi derivati possa sempre più radicarsi nelle nostre popolazioni e venga favorito da una buona produzione, da una opportuna distribuzione in ragione anche di un equo prezzo, di modo che il consumo del latte in Italia, paese eminentemente agricolo, resulti sempre in continuo aumento contribuendo così indirettamente all'economia nazionale con riduzioni di spese per alimenti di lusso (alcool, thè, caffè, cacao, ecc.).

La conferenza del prof. Neri è stata vivamente applaudita. P. CANALE.

NOTIZIE DIVERSE.

Associazioni internazionali contro il tracoma e per la profilassi della cecità.

Il 14 novembre si sono tenute a Parigi, nel salone della Croce Rossa Francese, l'assemblea costitutiva dell'Associazione internazionale contro il tracoma e l'assemblea generale dell'Associazione Internazionale per la profilassi della cecità. Le due assemblee sono state presiedute rispettivamente dal prof. De Grosz, di Budapest, e dal prof. De Lapersonne, di Parigi. A tutt'e due l'Italia era rappresentata dal prof. Angelucci di Napoli e dal prof. Maggiore di Bari. Questi dette notizia della costituzione, a lui affidata, del Comitato italiano per la profilassi della cecità. Il prof. Angelucci venne designato tra i relatori sul tema: « Costituzione e trauma », che sarà svolto nel 1933 a Madrid, in occasione del Congresso internazionale di oftalmologia.

Le due Associazioni hanno la sede centrale in Parigi, avenue Vélasquez 2.

Associazione francese di chirurgia.

L'assemblea generale ha proceduto al rinnovo parziale delle cariche per il 1932; sono risultati: vice presidente il prof. Leriche di Strasburgo; membro del comitato il prof. Charles Lenormant di Parigi. Il prossimo congresso sarà presieduto dal prof. Duval. Temi posti all'ordine del giorno: « Chirurgia del cuore (traumatismi eccettuati) »; « Trattamento operatorio delle artriti croniche non tubercolari dell'anca »; « Trattamento chirurgico delle malattie del sangue ».

Una conferenza per la protezione contro la guerra aerea.

Il Comitato internazionale della Croce Rossa ha convocato una conferenza, adunatasi a Ginevra, per studiare i mezzi giuridici atti a proteggere le popolazioni civili contro gli effetti della guerra aerea. A rappresentare l'Italia è stato designato il sen. Scialoja.

6ª Conferenza degli psicoanalisti di lingua francese.

Si terrà a Parigi nei giorni 30 e 31 ottobre 1932; saranno presentate due relazioni: « L'isteria di conversione » e « L'isteria dal punto di vista psichiatrico ». Rivolgersi allo: Asile Clinique Saint-Anne, rue Cabanès 1, Paris XVIe, ove si svolgeranno i lavori.

Conversazioni scientifiche e pratiche all'Istituto Stomatologico Italiano.

La direzione dell'Istituto Stomatologico Italiano di Milano, con l'approvazione del Consiglio, in esaudimento di un voto ripetutamente manifestatogli dai colleghi della città, è venuta nella determinazione di indire delle riunioni serali periodiche intese ad aggiornare i presenti sui progressi della specialità. Le riunioni, senza alcuna intonazione cattedratica, avranno un carattere essenzialmente pratico con presentazione di casi clinici interessanti, con dimostrazioni di tecniche nuove o modificate, con esposizioni di risultati di indagini speciali, con resoconti di viaggi e di congressi, con conferenze su argomenti di particolare interesse.

La prima riunione ha avuto luogo la sera del 6 novembre con comunicazioni dei proff. Arlotta e Brusotti e della dott.ssa Scuri.

Prolusione.

Il prof. Ivo Nasso ha tenuto a Milano la sua prolusione al corso di clinica pediatrica. Dopo aver commemorato il prof. Cattaneo, ha svolto il tema « Problemi diagnostici e immunitari in rapporto alla allergia nella infezione tubercolare ». Ne ha tratto argomento per esaminare i metodi di vaccinazione antitubercolare. Ha rivendicato al Maragliano la priorità di questa vaccinazione, di cui ha lumeggiato l'importanza per lottare contro la tubercolosi, quantunque i fatti dolorosi di Lubecca consiglino ulteriori indagini.

Per l'Università di Palermo.

Nei locali del Rettorato della R. Università di Palermo si è tenuta, il 3 dicembre, una riunione indetta dal sottosegretario alla Educazione Nazionale, on. Di Marzo, alla quale hanno partecipato personalità eminenti della cultura e della finanza, nonchè i rappresentanti dei maggiori Comuni e degli Enti più importanti della Sicilia occidentale, allo scopo di imprimere incremento al Consorzio universitario, così che l'Ateneo panormita possa mettersi all'altezza dei tempi nuovi.

Istituto oncologico a Vienna.

È stato inaugurato a Vienna il nuovo Istituto per la cura del cancro, diretto dal chirurgo dott. Leopoldo Schöbauer. L'Istituto dispone di 5 grammi di radio e possiede un apparecchio per radiazioni a distanza, funzionante con 3 grammi di radio; dispone inoltre di 500 milligrammi di sostanze radioattive per la fabbricazione dei gas (emanazioni) di radio; ecc. L'Istituto servirà anche come centrale per le ricerche scientifiche sulla lotta contro i blastomi.

Per gli orfani dei sanitari italiani.

Le benefiche finalità dell'Opera Pia Nazionale per gli orfani dei sanitari italiani hanno trovato da tempo alcuni benemeriti filantropi, i quali hanno ad esse dedicato tutte le proprie energie, con alto sentimento di altruismo, così da assicurare tutto il possibile aiuto agli orfani suddetti.

Come è noto, principalmente il Collegio per orfani dei sanitari in Perugia accoglie tali orfani; ma sono inoltre assegnate numerose borse di studio (con la spesa, per queste, di circa L. 300.000 annue); e si provvede opportunamente anche ad alcuni orfani di medici caduti in guerra, ai quali provvede altresì uno speciale benemerito Comitato di Assistenza.

Per richiamare l'attenzione generale e specialmente quella dei sanitari sulla provvida e santa azione a favore degli orfani tutti surricordati, l'Ufficio Stampa Medica Italiana (U.S.M.I.), fondato dal prof. P. Piccinini, ha dato incarico ad alcuni distinti medici di illustrare con scritti sintetici tutto ciò che riguarda, nel passato e nel presente, la benemerita Opera Pia Nazionale per Orfani dei Sanitari Italiani; essendo necessario pel futuro una maggiore disponibilità di mezzi, per essersi dimostrati insufficienti quelli di cui attualmente essa dispone, costituiti essenzialmente dalle quote (di L. 60 annue) versate dai Sanitari addetti a pubbliche Amministrazioni (Legge 3 marzo 1927).

Si studieranno quindi le modalità per assicurare nuovi cespiti alla benefica Istituzione, che tanto corrisponde allo spirito di solidarietà e di previdenza dei sanitari italiani, e che ha dato, in vari decenni, la possibilità a numerosissimi ragazzi d'ambo i sessi di conquistare buone ed onorate posizioni sociali.

È stata coniata una medaglia « per benemerenze di filantropia e di patriottismo » da assegnarsi specialmente ai benemeriti dell'Opera Pia di Assistenza suppprecisata.

Il primo esemplare di tale medaglia, giudicata di notevole valore artistico, è stato inviato doverosamente al sen. prof. Luigi Simonetta, che dell'Opera Pia pro Orfani dei Sanitari è stato, ed è, il grande benefattore, modesto e silente quanto fattivo ed instancabile.

Ad alcune altre personalità, che pure hanno dato notevole aiuto agli orfani dei sanitari Italiani, venne pure assegnata la medaglia suaccennata, che, segno significativo e duraturo di riconoscenza, servirà a segnalare i sentimenti nobilissimi, e in realtà mai smentiti, delle classi sanitarie italiane.

Donazione generosa.

Il dott. Plautier, di Annonay (Francia), proprietario della « Panbilina », ha donato 10.000 franchi all'Associazione generale dei medici della Francia, per le opere assistenziali interne.

Sindacato dei chirurghi francesi.

Ha tenuto l'assemblea generale sotto la presidenza del prof. J.-L. Faure; v'intervennero 250 soci. Furono in discussione il regolamento interno, la tariffa degli onorari e le assicurazioni sociali.

Il titolo di "dottore,, nel Belgio.

Il mondo medico belga — a quanto informa « Le Soir » — si è alquanto commosso perchè un giovane laureato in scienze naturali fa precedere al proprio nome il grado accademico; alcuni medici gli hanno contestato tale diritto, adducendo che il titolo di « dottore » spetta ai soli medici. Dalla discussione è risultato che nel Belgio la consuetudine attribuisce il titolo di dottore unicamente ai medici e che perciò esso andrebbe evitato da parte dei non medici, onde non ingenerare equivoci e abusi ed a tutela degli interessi dei medici. Le stesse considerazioni valgono anche per la Francia, l'Inghilterra e gli Stati Uniti. Invece in Germania, come in Austria e in Italia, il titolo di dottore è venuto sempre più in uso per tutti i diplomati di grado superiore.

Medici bulgari contro l'organizzazione slava.

Il « Giornale d'Italia » informa che l'Unione dei medici bulgari ha comunicato con una lunga lettera molto motivata all'Unione dei medici slavi la sua decisione di non voler più partecipare per l'avvenire a qualsiasi sorta di attività di questa Unione.

Tra l'altro i medici bulgari rifiutano di organizzare a Sofia il congresso dell'Unione dei medici slavi.

Minaccia di sciopero di studenti in medicina a Vienna.

Il ministro delle finanze dell'Austria ha deciso, a motivo della crisi economica, di sopprimere la

indennità corrisposta ai diplomati in medicina durante l'anno di pratica ospedaliera (che precede l'autorizzazione all'esercizio professionale e che corrisponde al sesto anno di corso). Essa varia fra 225 e 450 lire italiane il mese (vengono passati anche alloggio e vitto). Questa misura ha destato viva indignazione tra gli aspiranti al dottorato in medicina, che hanno minacciato lo sciopero qualora la misura venga attuata. I primari d'ospedale si sarebbero dichiarati pronti a solidarizzare con essi.

Il prof. Tansini lascia l'insegnamento.

Nell'aula foscoliana dell'Università di Pavia, presenti tutte le autorità locali, i professori e gli studenti universitàri, si sono svolte solenni onoranze al prof. Iginio Tansini che, dopo 47 anni d'insegnamento, di cui 31 dedicati alla Clinica chirurgica dell'Università, lascia l'insegnamento, per avere raggiunto i limiti di età. Moltissime le adesioni. Il Rettore e presidente del Comitato delle onoranze, prof. Rossi, il podestà di Pavia, prof. Vaccari, il prof. Purpura dell'Università di Palermo, dove il Tansini tenne cattedra per dieci anni, l'on. Eugenio Morelli, il dott. Milanesi, vice-presidente dell'Ordine dei Medici, il barone De Ghislanzoni, in rappresentanza della Croce Rossa, hanno elogiato l'attività del festeggiato, nell'insegnamento e nella pratica chirurgica, il suo contributo alla Croce Rossa e, in genere, alle provvidenze assistenziali durante la guerra. Sono state anche annunciate la sua nomina a professore emerito dell'Università di Pavia, e la creazione in suo onore di una borsa di studio da lire 50.000, offerta da enti, professori, studenti e ammiratori, a nome dei quali pure sono state coniate per lui due medaglie d'oro e si è scolpito un busto in marmo, da collocarsi nei locali della Clinica, accanto a quelli dei suoi predecessori.

Il prof. Tansini, commosso, ha ringraziato e ha tenuto quindi un discorso, che ha assunto il carattere di lezione. Più volte applaudito, è stato alla fine salutato da lunghi applausi; quindi al festeggiato e alle autorità è stato offerto dal podestà un ricevimento in Municipio.

Un busto al sen. Rattone.

Si è inaugurato alla R. Università di Parma un busto in bronzo in memoria del sen. Giorgio Rattone, che per 40 anni tenne la cattedra di patologia generale. Alla cerimonia sono intervenuti S. E. Paolucci, in rappresentanza della Camera, il sen. Mariotti, per il Senato, S. E. il prefetto Rizzatti, che rappresentava il Ministro per l'Educazione Nazionale, l'avv. Bagatti, presidente del Comitato per le onoranze, che rappresentava anche il Segretario del Partito, senatori, deputati, rappresentanti del Podestà e della Federazione fascista, professori universitari ed altre autorità. Erano presenti anche la vedova ed i figli dell'illustre estinto. Il console Mischi ha compiuto il rito dell'appello, quindi il presidente del Comitato delle onoranze ha proceduto alla consegna del busto all'Università, in nome della quale il Rettore ha parlato, rievocando la figura dell'illustre estinto.

Il prof. Pasini.

Il prof. A. Pasini, primario nell'Ospedale Maggiore di Milano, in uno scontro automobilistico sulla strada di Busto Arsizio ove, chiamatovi d'urgenza si recava a visitare un malato, ha riportato una vasta ferita alla fronte; è stato ricoverato nell'Ospedale di Legnano. Auguri di pronta guarigione.

Medico assolto.

Il Tribunale di Lucca ha assolto il dott. Giulio Zeppini — di anni 36, residente a Viareggio — imputato di omicidio colposo da negligenza ed imperizia, per non aver praticato l'iniezione di siero antitetanico ad un ferito, il quale è morto di tetano. La formula dell'assoluzione è che il fatto non costituisce reato.

Falso medico.

È stato arrestato a Napoli, per piccole truffe, un sedicente dott. Filippo Blasi, il cui vero nome risultò essere Mechelli; egli era stato studente di medicina a Roma, Camerino e Modena, e si faceva passare per medico. A Modena era riuscito a farsi accogliere come assistente volontario nella clinica del Simonini, ma dovette allontanarsi avendo fatto pessima prova.

Lega omeopatica internazionale.

Ha tenuto il suo congresso annuale a Ginevra, sotto la presidenza del dott. Schmidt. Vi assistev un centinaio di medici di varie nazionalità. L'assemblea ha deciso che il prossimo congresso si terrà a Parigi, sotto la presidenza del dott. Letellier.

Il pericolo sanitario delle inondazioni in Cina.

Alla recente Assemblea della Società delle Nazioni vennero adottate risoluzioni che dimostrano la necessità di fronteggiare, con mezzi di soccorso, la diffusione di malattie epidemiche nelle regioni inondate della Cina. Così l'Assemblea come il Consiglio hanno richiamato l'attenzione dei Governi sull'urgenza di provvedimenti. Nel corso dell'Assemblea sono giunti importanti offerte: la Danimarca e la Polonia hanno inviato vaccini anticolerosi e antidissenterici; la Spagna un funzionario specializzato nel campo epidemiologico, Anguera; l'Olanda ha offerto 1000 Kg. di chinina in compresse.

Epidemia di paratifo tra gl'infermieri di un ospedale.

Nell'Ospedale Maggiore di Vienna 84 infermieri sono stati colpiti da paratifo. Sembra che l'improvvisa infezione collettiva sia avvenuta in seguito a consumo di cibi infetti in comune. I pazienti vennero isolati. Nella città si era diffuso un certo allarme; ma un comunicato ufficiale ha tranquillizzato il pubblico.

La chinina sintetica.

Il prof. Rabe, direttore dell'Istituto chimico di Amburgo, annunzia di essere pervenuto a realizzare la sintesi dell'idrochinina, la cui molecola differisce da quella della chinina solo per due atomi d'idrogeno in più. Si prevede che passeranno molti anni prima che il processo possa essere industrializzato.

Teletrasmettitore dei suoni cardiopolmonari.

Il dott. G. Santucci descrive, nella « Riforma Medica » (23 nov. 1931), un apparecchio a valvole termoioniche, detto « teletrasmettitore cardiopolmonare », ideato dal prof. N. Pende; esso consente di raccogliere da terra i suoni del cuore e della respirazione di un aviatore in volo. L'ascoltazione può essere fatta da alcune centinaia di persone. L'amplificazione è bastevole per la radiotrasmissione a distanza. Il lavoro è illustrato da 2 fotografie, 2 schemi, 7 grafiche.

Tragico episodio di follia in un ospedale.

Nell'ospedale per cronici di Sospiro (Cremona), un ricoverato di 25 anni ne uccideva un altro di 23, durante un accesso di follia.

DEMETRIO B. RONCALI si è spento a Napoli nell'aula dell'Istituto di Patologia chirurgica dove da molti anni ormai impartiva il suo insegnamento ai numerosi studenti, che ne seguivano il corso.

Già qualche tempo fa, pure nella stessa aula, mentre faceva lezione ebbe i primi disturbi; migliorato, tornò, solerte ed entusiasta come sempre, all'usata fatica, e, ancora durante la lezione fu ripreso dal male, cadde e fu soccorso sul posto, e lì morì dopo poche ore, veramente soldato e vittima del suo dovere.

Nato a Malta, 65 anni or sono, italianissimo di fede e di azione, si occupò prima di ricerche scientifiche nel campo della batteriologia e della patologia generale, fu poi allievo del Durante per lunghi anni, perfezionando specialmente le sue ricerche chirurgiche nel campo biologico, soprattutto in quello dei tumori e nelle lesioni cerebrali, dove lascia esperienze e concetti che rappresentano un progresso notevole nella dottrina patologica.

Dotato di una cultura assai estesa, non solo nelle discipline biologiche e chirurgiche, ma anche in letteratura e in storia, ha lasciato negli ultimi tempi documenti del suo vasto sapere in volumi riguardanti la storia delle scienze mediche e specialmente della chirurgia greca e delle antiche scuole italiane.

Portato talora dall'entusiasmo della ricerca a sostenere idee avanzate, non accettate da tutti, ha sempre però dimostrato uno spirito acuto, disdegnoso del facile successo, e anche se apparentemente paradossali, le sue idee sono fondate sempre su una solida base scientifica biologica.

A Padova prima, a Napoli poi spese nell'insegnamento la parte migliore della sua vita laboriosa, tutta rivolta alle sue predilette ricerche, alla scuola e agli studi storici, che rappresentavano per lui lo svago dalla severa applicazione nel laboratorio e nelle sale cliniche, ma anch'essi nutriti di conoscenze profonde e di alto pensiero filosofico.

Chi lo ha conosciuto intimamente, per lunga e affettuosa consuetudine, può solo apprezzarne al giusto il valore dell'ingegno e la bontà dell'animo, e rimpiangerne amaramente la perdita per la scienza e per la scuola. R. ALESSANDRI.

Tra il generale rimpianto è morto a 65 anni il prof. ROMEO ROSELLI, uno dei più reputati oculisti della capitale. Da un decennio dirigeva l'Ospedale oftalmico provinciale. Coprì varie cariche, tra cui quella di assessore comunale per l'igiene durante il difficile periodo della guerra. In ogni sua attività recava un vivo sentimento di abnegazione e di altruismo, che gli conquistava gratitudine e devozione. P.

Sir DAVID BRUCE è morto improvvisamente a Londra, mentre partecipava ai funerali della moglie. È universalmente noto il suo valore quale tropicalista. R.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

Abbonamenti cumulativi con "Il Policlinico„ per il 1932:

Tre Riviste di branche speciali della medicina pubblicate dalla CASA EDITRICE L. POZZI - ROMA concesse in abbonamento cumulativo con "IL POLICLINICO„ per l'anno 1932.

CUORE E CIRCOLAZIONE

periodico mensile illustrato diretto da CESARE FRUGONI, Clinico Medico di Roma

Capo Redattori: Prof. CESARE PEZZI, Milano; Prof. GINO MELDOLESI, Roma.

Ogni fascicolo si compone di 48-56 pagine di testo distinto in 3 parti: a) lavori originali, lezioni e conferenze; b) rassegne, riviste e congressi; c) notizie bibliografiche.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 40; Estero L. 60; Un num. sep. L. 6; Per gli assoc. al Policlinico: Italia L. 36; Estero L. 50.

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria per Medici pratici

diretta da PAOLO GAIFAMI Professore di Clinica Ostetrico-Ginecologica nella R. Università di Bari

Ogni fascicolo si compone di 60-64 pagine di testo distinto in 3 parti: a) lavori originali, fatti e documenti (clinici e anatomici), la rubrica degli errori, la pagina del medico pratico, ecc.; b) recensioni, quesiti e commenti, bibliografia; c) Varietà, notizie.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 40; Estero L. 60; Un num. sep. L. 6; Per gli assoc. al Policlinico: Italia L. 36; Estero L. 50.

IL VALSALVA

Rivista mensile di Oto-Rino-Laringojatria

diretta da GUGLIELMO BILANCIONI Professore di Clinica Oto-Rino-Laringojatrica nella R. Università di Roma

Questa Rivista, che inizia il suo ottavo anno di vita, si è affermata vittoriosamente, essendo oggi fra noi il più completo, agile e ricco periodico della specialità. Argomenti d'indole pratica e di alto rilievo scientifico si fondono armonicamente, formando una rivista moderna, in cui ha degna sede quanto si produce negli Ospedali, nelle Cliniche e negli Istituti d'Italia.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 45; Estero L. 65; Un num. sep. L. 6; Per gli assoc. al Policlinico: Italia L. 40; Estero L. 55.

Altre Riviste, non di nostra edizione, concesse in abbonamento cumulativo con "IL POLICLINICO„ pel 1932:

RIVISTA DI CLINICA PEDIATRICA

Periodico mensile illustrato

Fondata dai proff. **Giuseppe Mya** e **Luigi Concetti** nel 1903. E' ora diretta dai proff. **CARLO COMBA, G. B. ALLARIA, GENNARO FIORE, GINO FRONTALI, DANTE PACCHIONI, L. M. SPOLVERINI**, ordinari di Clinica Pediatrica rispettivamente a Firenze, Torino, Pisa, Padova, Genova e Roma.

Pubblica memorie originali e dà speciale cura alla rubrica della rassegna della stampa preoccupandosi di fornire al lettore una raccolta, per quanto è possibile completa, di ciò che si pubblica in Italia ed all'Estero, intorno alle malattie dei bambini.

Abbonamento annuo: per l'Italia L. **50** — per l'Estero L. **100.** — Per gli associati al «Policlinico»: per l'Italia sole L. **46** — per l'Estero sole L. **105.**

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia

(Continuazione del GIORNALE DELLE MALATTIE VENEREE E DELLA PELLE).

Il più antico periodico della specialità in Italia ed all'Estero, fondato dal dott. cav. **C. B. Soresina** nel 1866, pubblicato dal dott. **AMBROGIO BERTARELLI** con la collaborazione di tutti i professori delle Cliniche Dermosifilopatiche italiane. Si pubblica ogni due mesi, in sei ragguardevoli fascicoli bimestrali. Raccoglie l'attività che si svolge in Italia ed all'Estero nel campo della Dermosifilopatica con la pubblicazione sia di lavori originali che di numerose, selezionate recensioni. Pubblica altresì gli atti della Società Italiana di Dermatologia e di Sifilografia.

Abbonamento annuo: per l'Italia L. **100** — per l'Estero L. **140.** — Per gli associati al «Policlinico»: per l'Italia sole L. **95** — per l'Estero sole L. **135.**

Utilissimo ad ogni Medico:

IL DIRITTO PUBBLICO SANITARIO

Periodico Mensile di Giurisprudenza e Legislazione.

DIRETTORI

On. dr. **A. Carapelle**, Consigliere di Stato. — Avv. **G. Selvaggi**, esercente in Cassazione.

EDITORI FRATELLI POZZI - ROMA

«Il Diritto Pubblico Sanitario» riporta tutte le Leggi, i Decreti, i Regolamenti e le Circolari concernenti anche indirettamente l'ordinamento giuridico sanitario, nel senso più ampio e le Istituzioni Sociali. — Ogni numero contiene Note di commento e di illustrazione delle Leggi e dei Regolamenti più importanti, una rassegna completa della giurisprudenza della Corte di Cassazione, del Consiglio di Stato in sede Giurisdizionale e Consultiva e di altre Magistrature, con esposizioni ragionate delle controversie e delle risoluzioni.

«Il Diritto Pubblico Sanitario» in ogni suo numero reca studi sintetici di questioni d'attualità e Cenni di legislazione estera.

«Il Diritto Pubblico Sanitario» è una guida chiara e semplice specialmente per tutto ciò che attiene alle istituzioni sociali, ai rapporti d'impiego con Enti Pubblici, all'esercizio delle professioni, all'ordinamento sindacale, ai poteri di polizia sanitaria, ecc.

Ogni numero consta di 40-48 pagine, costituendo a fine d'anno un volume di oltre 500 pagine con indici sistematici

ABBONAMENTO per il 1932: Italia L. 36; Un numero separato L. 5; Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. 30.

Per abbonarsi inviare Vaglia Postale o Chèque Bancario riscuotibile in Roma all'editore LUIGI POZZI, Via Sistina 14 - ROMA

Ai già abbonati del 1931 a queste Riviste rivolgiamo preghiera di provvedere sollecitamente all'invio del rinnovo pel 1932 per facilitare il lavoro della nostra Amministrazione. Raccomandiamo altresì di applicare, sul talloncino del vaglia, la fascetta con la quale le hanno finora ricevute.

I nostri programmi di lavoro:

CUORE E CIRCOLAZIONE

Periodico mensile illustrato

diretto dal Prof. CESARE FRUGONI.

CUORE E CIRCOLAZIONE *si propone di allargare la propria attività e il proprio campo di azione.*

Importanti problemi di fisiopatologia cardiovasale sono in piena revisione e rapporti sempre più intimi e più complesse interferenze con i vari sistemi della vita organica si delineano e si precisano. Perciò CUORE E CIRCOLAZIONE *accoglierà volentieri anche lavori di fisiopatologia generale cardiovasale in guisa da ampliare il proprio orizzonte e da rendere la raccolta dei lavori dell'annata sempre più organica e comprensiva.*

Rivolgiamo per ciò un appello ai cultori della specialità nei più diversi campi con il desiderio e l'obbietto di dare largo sviluppo anche a riviste sintetiche e di aggiornamento dei vari capitoli oggi di nuova impostazione.

Da ora altresì sarà data completa la bibliografia dei giornali della specialità di tutto il mondo.

C. F.

IL VALSALVA

Rivista mensile di Oto-rino-laringoiatria

diretta da GUGLIELMO BILANCIONI.

Questa Rivista, senza atto di falsa modestia, si è rapidamente affermata in tutto il mondo scientifico che si interessa di questioni otorinolaringologiche. Basta scorrere le recensioni delle Riviste Mediche delle più diverse nazioni per vedere come i lavori pubblicati nel VALSALVA *vengono riassunti, discussi e divulgati. Il successo ottenuto è legato al fatto che la Rivista, mentre è di grande rigore scientifico, non trascura la parte pratica e la casistica e sopratutto coltiva quei rapporti con le branche del sapere affine che rendono feconda la specializzazione e la divisione del lavoro. Un rapido esame dell'indice del VII anno, ora chiuso — che forma un grosso ed elegante volume di XVI-968 pagine, con frequenti figure e molte tavole fuori testo, — fa rilevare la copia degli argomenti trattati nei più svariati campi della otorinolaringologia, cosicchè veramente appare come questo giovane ramo non sia meno ricco di altri di fronde e di frutti e quanto sia vasto il dominio delle conoscenze da esso tributarie. Il contenuto di questo periodico appare quindi altissimo, oltre che alla formazione intellettuale e culturale dello specialista, anche a quella del medico e del chirurgo generale.*

G. B.

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile

diretta da PAOLO GAIFAMI.

Discorsi di fine d'Anno

AGLI AUTORI:

La CLINICA OSTETRICA *vi ripete il ringraziamento più vivo per la collaborazione, che avete dato, rendendola interessante, moderna, viva, utile quindi.*

Qualche ritardo nella pubblicazione di questo o quel lavoro ha dato origine a dei bronci; cercheremo di eliminare l'inconveniente per il nuovo anno, dando una meno rigida composizione al giornale.

I nostri collaboratori, reclutati da tutta Italia dalle cliniche, dalle Maternità, dal pratico esercizio, seguitino dunque a riservarci il frutto delle loro fatiche.

Raccomandiamo la brevità; la vivacità; la novità.

Segnaliamo ancora una volta La rubrica degli errori *che si avvia ormai al suo IX anno e quella delle* Perizie medico-legali *più recente ma non meno utile: parecchi colleghi videro risolti casi analoghi a situazioni personali nelle nostre colonne; le loro lettere ci sono sprone a seguitare in questa raccolta, donde l'opportunità di sollecitare i contributi pure per questa parte della* CLINICA OSTETRICA.

AI LETTORI:

Se avete seguìto la CLINICA OSTETRICA *per tutto l'anno, attraverso i lavori originali, le riviste sintetiche, i riassunti dei vari giornali, avete potuto farvi una idea delle odierne tendenze del movimento ostetrico-ginecologico mondiale; i medici pratici avranno trovato dei consigli non inutili; i già esperti avranno migliorato la loro cultura.*

Il corpo redazionale si è arricchito di nuovi elementi giovani volonterosi; che conserveranno freschezza alla Rubrica fondamentale dei Riassunti delle più varie Riviste.

Seguitateci quindi la vostra fiducia.

AGLI ABBONATI:

Diciamo solo di rinnovare subito l'abbonamento; questo faciliterà il còmpito dell'editore e lo renderà più docile alle nostre richieste; meglio ancora, si intende, se ogni abbonato ne troverà uno nuovo...

A TUTTI:

Abbonati e lettori, Autori e redattori, i nostri auguri più vivi.

Natale 1931. P. G.

IL DIRITTO PUBBLICO SANITARIO

Periodico mensile di Giurisprudenza e Legislazione

Direttori:

On. Dr. A. CARAPELLE - Avv. G. SELVAGGI.

Il prossimo Numero, oltre le consuete ampie rubriche: **Rassegna di Giurisprudenza; Leggi e Atti del Governo,** conterrà le seguenti NOTE:

Per un ordinamento migliore dell'assistenza sanitaria locale. (Dott. S. RAVICINI).

Il medico di fronte al nuovo codice penale. (Dott. A. DAL PRATO).

Gli art. 581 e 582 del Codice Penale dal punto di vista medico-legale. (Dott. GUARINO F. ODDO).

Prezzo di ogni Numero separato L. **5.**

L'abbonamento ai dodici Numeri dell'annata costa L. **36,** ma agli associati al « Policlinico » è concesso per sole L. **30,** che vanno inviate, mediante Vaglia Postale o Bancario, all'editore LUIGI POZZI, Via Sistina 14, ROMA.

ANNO XXXVIII Roma, 21 Dicembre 1931 - X Num. 51

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

PROBLEMI D'ATTUALITÀ

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma
diretto dal prof. V. ASCOLI †

La malarioterapia mediante anofeli.

Utilità di istituzione di centri di allevamento e di infestazione degli anofeli per la diffusione della malarioterapia

per il dott. ARNALDO POZZI.

Il trattamento della paralisi progressiva con la malarioterapia, introdotto da Wagner von Jauregg nel 1917, dopo le prime naturali titubanze, è entrato definitivamente nel completo dominio della terapia ed oggi può considerarsi una delle maggiori conquiste della medicina.

I casi di paralisi progressiva sottoposti, per ogni dove, alla malarioterapia sperimentale, assommano ormai a migliaia e migliaia, sì che riesce impossibile esaminare le numerose statistiche dei risultati: in linea generale, secondo Jauregg, si può valutare al 25 % la proporzione delle guarigioni clinicamente complete ed al 50 % la proporzione delle guarigioni parziali. Nè si deve trascurare che il metodo è stato largamente applicato anche in molte altre malattie.

Con il moltiplicarsi delle osservazioni, naturalmente la tecnica e le indicazioni della malarioterapia sono andate sempre più precisandosi e molti problemi sorti dall'osservazione dei casi trattati, sono stati interpretati e risolti.

Circa la tecnica delle inoculazioni, la via intramuscolare e quella ipodermica sono preferite dalla maggioranza degli studiosi. La via endovenosa, raccomandata da Kirschner e da

Plehn, assicura l'immissione nel sangue di tutti i parassiti inoculati ed offre il vantaggio di abbreviare il periodo di incubazione, ma presenta l'inconveniente che spesso l'inizio degli accessi è troppo brusco ed inoltre la violenza di essi può spesso pregiudicare i risultati terapeutici.

Da qualche anno autori inglesi ed americani hanno avanzato la proposta di effettuare la trasmissione della malaria ai paralitici progressivi mediante l'inoculazione diretta da parte di *Anopheles*.

Fra le ricerche orientate in tal senso, le più complete sono quelle di S. P. James, che in collaborazione di P. G. Shute, è stato il primo ad eseguirle in Inghilterra. Dopo pazienti studi, durati circa 2 anni, James potè nel 1926 riferire, in un dettagliato rapporto alla Società delle Nazioni, i primi risultati delle sue interessanti ricerche, ricerche che, in seguito estese ed approfondite, costituiscono oggi uno dei più importanti contributi recati alle nostre conoscenze sulla malaria in questi ultimi tempi.

Nella sua prima relazione James affermava che facendo pungere da zanzare infestate in Laboratorio 221 malati di paralisi progressiva, 168 avevano contratto la malaria (circa quindi il 75 %), ma nei successivi esperimenti tale percentuale è risultata alquanto più elevata (82 %) poichè in una recente comunicazione James riferisce che su 1356 casi inoculati, l'infezione malarica attecchì in 985.

In modo quasi esclusivo fu sempre ricorso alla t. benigna, poichè nei riguardi della t. maligna le esperienze eseguite rimasero tutte negative e così pure fallirono i tentativi diretti ad infettare le zanzare con la quartana.

Le ricerche di James concernono in parte le condizioni di infettività delle zanzare, in parte riguardano la clinica della malaria. Egli è riuscito infatti ad accertare le condizioni ambientali più favorevoli alla vita delle zanzare, la durata della loro vita, l'influenza su questa della bassa temperatura e dell'umidità, infine tutti i fattori che possono condizionare e limitare la capacità delle zanzare a divenire infettanti. Nei casi inoculati con esito positivo James ha potuto seguire tutta l'evoluzione della malaria sperimentale.

Il periodo di incubazione può variare entro limiti molto ampi (8-27 giorni, in un caso 6 mesi) ma si può ritenere come media 10-12 giorni.

Mediante osservazioni quadriorarie James ha potuto inoltre raccogliere interessanti dati sull'andamento termico, dai quali parrebbe risultare che la descrizione classica della malaria, per alcuni punti, non può essere mantenuta.

L'inoculazione malarica mediante Anofeli fu da James eseguita con successo anche in casi già in precedenza malarizzati ripetutamente per via endovenosa o intramuscolare, ma nei quali l'inoculazione non aveva mai attecchito, ed anche in casi infettati e reinfettati con successo più volte, ma divenuti poi apparentemente immuni verso nuove inoculazioni di sangue.

A tale proposito però James fa notare che il ceppo di terzana benigna con il quale furono infettati gli anofeli che provocarono l'infezione, era differente da quello inoculato in precedenza agli stessi malati per via intramuscolare o endovenosa, ritenendo pertanto che parecchie infezioni provocate ad intervalli mediante l'inoculazione del sangue con un ceppo determinato di Pl. vivax, non conferiscono immunità verso una infezione provocata con un altro ceppo di vivax, introdotto mediante puntura di anofeli.

Vi sono tuttavia individui decisamente refrattari: il loro sangue si mostra *inospitale* per i parassiti malarici. James pensa che occorrerebbe farne uno studio biologico accurato, perchè la refrattarietà o la recettività possono essere determinate da cause istologiche o biochimiche, come leggera modificazione della reazione normale del sangue, alterazione del contenuto di lecitine o di proteine, ecc. mentre non è giustificabile di ammettere senz'altro che la refrattarietà, congenita od acquisita, sia legata alla presenza di anticorpi.

In definitiva dunque le ricerche di James stabilivano in modo netto la possibilità di effettuare il trattamento malarico delle malattie mentali mediante parassiti puri di t. benigna, inoculati direttamente da zanzare infestate sperimentalmente, nozione questa di così grande importanza, da indurci a stabilire l'applicazione pratica di tale metodo.

I primi tentativi di inoculazione malarica mediante la puntura di Anopheles furono da noi iniziati nell'estate del 1928, uniformandoci, più che fosse stato possibile, alle ricerche di James.

Condizione fondamentale per la trasmissione diretta della malaria a mezzo di Anopheles, è di poter disporre di malati gametociferi di terzana benigna e di Anopheles sicuramente non infette.

Per quanto riguarda i malarici era facile trovarne nelle corsie della nostra Clinica; le Anopheles (quasi tutte appartenenti alla specie *maculipennis*) ci erano fornite dalle località di Massarosa e del Fucino, zone dove esiste la condizione di anofelismo senza malaria.

Le Anopheles, al momento stesso della cattura, venivano poste in gabbiette di dimensio-

ni 20 × 10, con fondo di legno e pareti di garza, sorrette da un'intelaiatura di fil di ferro; tali gabbiette sono adattissime per mantenere le Anopheles in attesa di farle pungere, inquantochè un lato apribile della gabbietta permette di porre nell'interno di essa una vaschetta contenente dell'acqua e gli alimenti per le Anopheles.

James ed altri AA., prima di infettare le zanzare, consigliano di accertarsi che il soggetto destinato sia un terzanario puro, procedendo ad un passaggio diretto del suo sangue in un altro individuo.

Ciò non fu mai fatto da noi. Però prima di far pungere le zanzare avevamo cura di ripetere più volte l'esame del sangue, spesso anche durante la medesima giornata, ed oltre a ciò attendevamo sempre che il malato avesse avuto 5-6 attacchi febbrili, in modo da poter vedere sulla grafica della temperatura il tipo di curva caratteristica della t. benigna.

Indispensabile per l'infestazione delle Anopheles è, come abbiamo detto, la presenza di gametociti nel sangue periferico, ma dall'insieme delle osservazioni sembra essere stato constatato che più che il numero dei gametociti abbia importanza la loro qualità. Secondo un criterio stabilito da Darling, infatti, il sangue dovrebbe contenere almeno un gametocito ogni 500 leucociti affinchè le zanzare possano infettarsi, ma un sangue terzanario che per 1000 leucociti contenga meno di un gametocito maschile capace di emettere i flagelli in 15 minuti a 25° C. (in termostato) si dimostra sempre incapace di infettare le zanzare.

Nei malarici primitivi, i gametociti compaiono alcuni giorni più tardi delle forme asessuate e James afferma di non averli mai notati prima del 7° giorno di malattia, mentre nei recidivi si possono trovare molto prima, generalmente il primo giorno che la recidiva appare.

Per far pungere le Anopheles, ci servivamo delle stesse gabbiette nelle quali erano mantenute abitualmente, rispondendo esse molto meglio allo scopo che non i recipienti di vetro cilindrici, chiusi all'estremità con la garza, adoperati da James.

Le gabbiette, in ognuna delle quali erano 20-25 Anopheles, venivano poste sulla superficie interna delle coscie o sull'addome dei pazienti. Appena applicata la gabbietta, si ricopre il malato con le lenzuola e con le coperte, in modo da creare un ambiente oscuro e caldo, favorevole all'attività delle zanzare, e si raccomanda al malato di stare fermo.

Abitualmente occorrono 20-30 minuti perchè le zanzare, attraverso la garza, pungano: il malato stesso avverte la puntura e se ne lamenta.

È difficile che tutte le zanzare pungano: generalmente la percentuale è del 50 %. James consiglia di far nutrire più volte le zanzare sul malato gametocifero, per aumentare le probabilità d'infezione, ed anche noi abitualmente le attaccavamo 2-3 volte. Naturalmente, perchè le zanzare tornino a pungere, è necessario attendere che abbiano digerito il sangue in buona parte, il che avviene in circa 24 ore alla temperatura di 24-25°. Le Anopheles che dopo essere state poste più volte a contatto del malarico non avevano punto (ciò che risultava dalla constatazione dell'assenza di sangue nello stomaco) venivano separate dalle altre. A questo scopo si usava una provetta con la quale venivano catturate, ad una ad una e poi collocate in altra gabbietta, di guisa che nella prima rimanevano solo quelle che avevano succhiato il sangue.

Fra un pasto e l'altro ed anche nei giorni successivi, in attesa che il parassita si sviluppi nelle pareti gastriche delle zanzare e che da queste raggiunga le ghiandole salivari, le Anopheles vanno mantenute in un ambiente che, pur essendo favorevole alla digestione del sangue e allo sviluppo del parassita, assicuri una mortalità minima. James ha potuto vedere che tali condizioni si verificano in un ambiente saturo di umidità alla temperatura di circa 24°.

A tale temperatura le Anopheles vanno tenute per 10-12 giorni dal 1° pasto infettante, ossia il tempo necessario perchè, secondo le nozioni biologiche, gli sporozoiti raggiungano le ghiandole salivari, e quindi le zanzare siano *infettanti*.

Durante questo tempo, naturalmente occorre nutrirle, specie quando si constata, guardando l'addome per trasparenza, che hanno digerito il sangue dell'ultimo pasto. È sufficiente a tale scopo porre nell'interno della gabbietta del cotone idrofilo bagnato di acqua zuccherata o qualche frutto (aranci, uva) che le zanzare succhiano avidamente, ed anche James che per il passato era del parere che il miglior alimento fosse rappresentato dal sangue umano (o di coniglio o di cavia) successivamente ha avuto modo di convincersi che l'alimentazione con sangue è solamente più confacente, ma non necessaria.

Se le zanzare sono piene di uova giunte a maturazione, affinchè esse possano deporle, si colloca, pure nell'interno della gabbietta, una vaschetta piena d'acqua.

Nonostante noi avessimo seguito scrupolosamente tutte queste regole, giornalmente avevamo un'elevata percentuale di mortalità di Anopheles infette, sicchè non riuscimmo mai a poter fare alcuna inoculazione malarica nei paralitici progressi, come ci eravamo proposti.

Naturalmente le zanzare che giornalmente si trovavano morte, venivano sottoposte all'autopsia per la ricerca delle oocisti nello stomaco e degli sporozoiti nelle ghiandole salivari.

Quasi contemporaneamente alle nostre esperienze, Ciacchi aveva tentato ugualmente di inoculare la malaria mediante Anopheles. I suoi primi esperimenti, eseguiti con Anopheles nate nei Laboratori, erano riusciti infruttuosi, mentre successivamente adoperando Anopheles catturate adulte, l'inoculazione malarica riuscì positiva in due casi di demenza precoce.

Nell'estate 1929 decidemmo di riprendere le nostre esperienze.

L'insuccesso dei nostri primi tentativi, di fronte ai risultati delle esperienze di James, non potendo essere attribuito a particolari errori di tecnica, doveva essere posto senza dubbio in rapporto sia allo scarso numero di Anopheles (200) sulle quali avevamo esperimentato, sia al periodo limitato delle nostre ricerche (circa 2 mesi).

Le prime esperienze di James infatti erano durate circa due anni e le Anopheles adoperate era state circa 2630, delle quali solo 530 erano divenute utilizzabili.

A differenza di quanto avevamo fatto in precedenza però, stabilimmo di servirci unicamente di Anopheles nate nei nostri laboratori.

La certezza dello stato indenne delle zanzare è in tal modo assoluta ed oltre a ciò si dispone di insetti non fecondati, quindi più idonei ad essere mantenuti lungamente in vita: la deposizione delle uova infatti espone le zanzare ad una mortalità assai elevata.

Istituimmo perciò un allevamento di zanzare, partendo da larve di 2°, 3° e 4° stadio e da ninfe, raccolte nelle località di Fiumicino e di Nettuno.

Con la stessa acqua nella quale erano catturate, e quindi ricca di protozoi, crostacei, larve diverse e muschi, le larve e le ninfe venivano poste in un recipiente di vetro il quale era poi messo sotto apposita gabbia ideata dal prof. G. Alessandrini ed in uso nell'Istituto di Parassitologia per la conservazione e l'allevamento delle Anopheles (vedi fig. 1). Essa permette di vedere bene quanto avviene nell'interno e rende facile la cattura delle alate che nascono da larve o ninfe contenute nel recipiente sottostante.

La temperatura alla quale la gabbia va mantenuta deve essere di 27°-29°.

La mortalità delle larve è minima, mentre lo sviluppo è relativamente rapido e già al 2-3° giorno di incubazione, si incominciano a trovare le alate sulle pareti della gabbia. La percentuale di Anopheles maschi è elevata, ma possono essere eliminati al momento in cui si catturano le Anopheles femmine per distribuirle, in numero di 20-25, entro le gabbiette che serviranno poi per far pungere i malarici.

Con successivi allevamenti nei Laboratori della Clinica, siamo riusciti ad avere a nostra disposizione, nello spazio di un anno e mezzo 1855 Anopheles femmine, delle quali però solo 1106 giunsero a divenire infettanti, ossia il 59 %, mentre la percentuale di An. infettanti ottenuta da James anche nei mesi ritenuti migliori (agosto-ottobre) è stata del 50 %.

La loro maggiore mortalità si produce durante il periodo in cui dopo che hanno punto, vengono mantenute in termostato perchè sia favorito in esse lo sviluppo del parassita, e non è raro il caso che di un intero gruppo, nessuna rimanga in vita per il numero di giorni necessari affinchè gli sporozoiti raggiungano le ghiandole salivari.

Una diminuzione anche leggera della temperatura del termostato riduce considerevolmente la mortalità delle Anopheles e James, osservato ciò, ogni volta che disponeva di poche zanzare, non sorpassava mai i 22°.

A tale temperatura il parassita raggiunge il completo sviluppo in un tempo maggiore, ma in compenso le Anopheles sopravvivono in molto maggior numero. Diminuendo ancora la temperatura, la mortalità delle Anopheles

si riduce al minimo e James ha potuto mantenere in ghiacciaia ad una temperatura variante da 4 a 6°, delle Anopheles infettanti, per un periodo di circa 3 mesi dal momento in cui gli sporozoiti erano stati riscontrati nelle ghiandole salivari, giacchè solo quando il parassita ha raggiunto tale stadio, una zanzara si può ritenere infestata ed infettante e non come sostengono Bruce Maine ed altri, i quali considerano infetta un'Anopheles fin da quando ha punto per la prima volta l'individuo malarico.

James ritiene anzi che neppure la presenza di sporozoiti nelle ghiandole salivari, assicura in modo assoluto, dopo che la zanzara ha punto, che l'individuo sia infettato, mentre l'inoculazione può ritenersi certa, quando, oltre che nelle ghiandole salivari, gli sporozoiti si trovano liberi nel dotto salivare comune della zanzara, nel momento in cui essa punge.

Ciò appunto spiegherebbe i successi e gli insuccessi.

Le basse temperature, sia che agiscano di continuo, sia con interruzioni di temperature alte, non uccidono affatto le oocisti e gli sporozoiti del Pl. vivax, contenuti rispettivamente nello stomaco e nelle ghiandole salivari delle Anopheles; solo sembra che le oocisti, a bassa temperatura, subiscono un arresto di sviluppo che si riattiva però facilmente non appena la temperatura ritorna sufficientemente elevata.

Anche noi, osservata l'influenza della temperatura sulla mortalità delle Anopheles, non le sottoponemmo mai a temperature più alte di 22° ed oltre a ciò abbreviammo la loro permanenza in termostato.

Procedevamo pertanto nel seguente modo:

Dopo che le Anopheles avevano punto 2-3 volte il soggetto gametifero, venivano subito poste in termostato alla temperatura di 22° per 8-10 giorni. Trascorso tale tempo, per ogni gabbietta contenente 20-25 Anopheles, ne venivano sezionate 4-5 onde assicurarsi, mediante la ricerca degli sporozoiti nelle ghiandoli salivari, della loro infettività. Questo saggio, se riusciva positivo, faceva supporre che la maggior parte delle rimanenti Anopheles fossero infettanti ed allora esse venivano poste subito in ghiacciaia alla temperatura di 1-2°, da dove erano tolte solo quando dovevano pungere i malati da malarizzare.

In tale occasione occorre avere cura che il passaggio delle zanzare negli ambienti dove si trovano gli ammalati da far pungere, avvenga in modo graduale, per evitare di esporre le Anopheles a sbalzi troppo bruschi di temperatura: tolte dalla ghiacciaia esse vanno quindi tenute per 1-2 ore ad una temperatura di 7-8° e poi portate negli ambienti a temperature più elevate. Analogamente si procede per il ritorno delle Anopheles nella ghiacciaia.

Seguendo tale regola, noi siamo riusciti a mantenere in vita Anopheles infettanti fino ad un massimo di cinque mesi e mediante allevamenti successivi di larve e consecutive infestazioni di Anopheles, ci è stato possibile eseguire malarizzazioni in qualsiasi stagione ed in qualsiasi momento ne è capitata l'occasione.

La tecnica per trasmettere l'infezione delle zanzare infette ai pazienti destinativi, è naturalmente uguale a quella usata per infettare le zanzare: in questo caso, stando alle osservazioni di tutti gli Autori, basta che le Anopheles infettanti pungano una sola volta.

Il miglior momento perchè esse pungano è al mattino presto o di sera dopo la caduta del sole.

In una nota a parte, è nostra intenzione riferire, dal punto di vista clinico, i casi di paralisi progressiva da noi malarizzati mediante Anopheles; fin da ora però possiamo dire che l'inoculazione riuscì positiva nell'80 % dei casi con un periodo di incubazione oscillante dai 12 ai 14 giorni, senza che in nessuno si verificasse inconveniente alcuno.

La tecnica d'inoculazione è, come abbiamo detto, di estrema facilità e quindi praticabile da ogni studioso; gli allevamenti di larve di Anopheles, che a prima vista possono sembrare richiedere speciale abilità, sono anch'essi invece di facile attuazione ed una volta istituiti, possono essere mantenuti e continuati da qualsiasi persona abituata a lavorare nei Laboratori.

In Inghilterra, dopo le ricerche di James, la malarioterapia della paralisi progressiva mediante Anopheles, ha avuto subito rapida diffusione, (Davidson, Gordon, Yorke e Wright) ed attualmente molti psichiatri inglesi usano dare la preferenza a tale metodo, avendone riconosciuto il valore pratico.

Anche noi, mediante le nostre osservazioni ci siamo potuti convincere di ciò ed è per questo, anzi, che abbiamo voluto estenderci minutamente su tutti i particolari di tecnica, così da rendere evidente, in modo assoluto, sopratutto la possibilità che tale metodo offre di praticare il trattamento malarico della paralisi progressiva in qualsiasi momento dell'anno, cosa che, secondo noi, non è priva d'importanza.

A tutti infatti son note le difficoltà e gli inconvenienti che lo psichiatra incontra quando debba seguire un'inoculazione diretta di sangue malarico, non essendo riusciti ancora a trovare nè un mezzo sicuro di coltura per i parassiti malarici e non essendo possibile di trasmettere l'infezione agli animali.

Negli Istituti psichiatrici si suole iniettare sangue malarico da paralitico a paralitico, sebbene ciò esponga alla possibilità che lo stipite, dopo numerosi passaggi da uomo a uomo, si esaurisca e presenti, d'altra parte, l'incognita d'inoculare sangue dannoso al ricevente.

Ma all'infuori degli Istituti manicomiali, lo specialista ben raramente si trova nelle condizioni di eseguire malarizzazioni quando egli lo crede opportuno, perchè anche in piene località malariche solo con difficoltà e per un periodo limitato di tempo (aprile-luglio) si riesce ad avere sangue con parassiti di terzana benigna e d'altra parte mentre in tutti i paesi esistono paralitici progressivi, non tutti i paesi sono malarici.

In queste evenienze si suole ricorrere alla spedizione di sangue malarico, ma ciò, oltre a diminuire la probabilità del successo terapeutico, è solo possibile quando la distanza non è eccessiva, essendo noto che il sangue può rimanere infettante fino ad un massimo di 48-72 ore dal momento del prelevamento.

Questi ed altri inconvenienti, che la pratica medica ha messo in evidenza sono, senza dubbio, quelli che hanno reso difficile al medico pratico l'applicazione su larga scala del trattamento malarico nella paralisi progressiva ed in altre forme morbose.

Per tali considerazioni noi crediamo pertanto di poter affermare che:

1) la malarioterapia mediante gli Anopheles sia preferirsi alla inoculazione di sangue malarico nella terapia della p. progressiva;

2) l'istituzione di opportuni centri di allevamento di Anopheles infestanti, da dove, occorrendo, possano anche essere inviati campioni in qualsiasi momento ed in qualsiasi località, assuma grande importanza per la diffusione di questo sussidio terapeutico che tante insperate guarigioni è capace di apportare.

Un quesito rimane da risolvere ed è se l'inoculazione della malaria da parte degli Anopheles costituisca un mezzo terapeutico superiore a quello mediante il sangue. Il tempo e la grande estensione del metodo potranno decidere ciò; per ora noi ci siamo limitati ad indicare la possibilità pratica dell'applicazione di questo metodo.

RIASSUNTO.

L'A. ha praticato la malarioterapia della paralisi progressiva mediante gli Anopheles, ma anzichè di servirsi di insetti catturati adulti e poi infestati, ha preferito adoperare zanzare nate in Laboratorio.

Ha istituito nella Clinica Medica di Roma allevamenti di Anopheles, partendo da larve di 2°, 3° e 4° stadio e con accorgimenti di tecnica è riuscito a mantenere in vita Anopheles infestanti fino ad un massimo di 6 mesi.

L'A. mette in evidenza i vantaggi che tale metodo presenta di fronte all'inoculazione di sangue malarico e conclude sulla utilità d'istituire centri di malarizzazione, per diffondere sempre più la terapia malarica della paralisi progressiva e di altre forme morbose.

Roma, gennaio 1931.

BIBLIOGRAFIA.

ASCOLI V. *La Malaria*. Un. Tip.-Editr. Torinese, Torino.

CIACCHI O. Riv. di Malar., 1930, n. 6.

BRUCE MAYNE. United States Public Health Reports, vol. 37, 1922.

DAVIDSON T. W. Brit. Med. Journ., 7 marzo 1925.

GERSTERMANN J. *Die Malariabehandlung der progressiven paralyse*. J. Springer, Berlino, 1928.

GORDON R. M. Annals Trop. Med. a. Paras., 30 dic. 1924.

JAUREGG W. *La malariothérapie de la paralysie générale et des affections syphilitiques du système nerveux*. Conférence X, Réun. neurol., Paris; Revue Neurologique, 1929.

JAMES S. P. e SHUTE P. G. *Rapport sur les premiers résultats fournis par les travaux de laboratoire sur le paludisme en Engleterre*. Genève, 1926.

JAMES S. P. *Some General Results of a Study of Induced Malaria in England*. Trans. Roy. Soc. Trop. Med. a. Hyg., marzo 1931.

YORKE W. e WRIGHT W. R. Annals Trop. Med. a. Paras., giugno 1925.

MISSIROLI A. Lezioni alla Scuola Superiore di Malariologia, Roma, 1929.

OTTOLENGHI D. e BROTZU G. Boll. Scienze Mediche, Bologna, lug.-ag. 1929.

SÉZARY A. e PARDÉE A. *Paralyse générale. Les traitements modernes*. G. Doin, Paris, 1930.

SWELLENGREBEL N. H., SWELLENGREBEL J. M. H., GRAAF e DE BUCK A. Boll. Soc. Path. exot., ottobre 1929.

LAVORI ORIGINALI.

Ospedale di S. Spirito in Roma

Sul modo e sull'utilità di rivelare il polso elettrico del cuore durante le operazioni chirurgiche.

Dott. Guido Egidi, chirurgo primario.

Il compito di sorvegliare la funzione del cuore durante le operazioni chirurgiche ordinariamente viene assegnato ad un assistente, ma talora, o per difetto di personale o per difficoltà inerenti alla posizione del paziente, la sorveglianza viene difficoltata o impedita. In alcune operazioni si applica la fascia pneumatica di uno sfigmomanometro o di un oscillometro ad un braccio o ad una gamba del soggetto e si osservano i valori della pressione sanguigna e possibilmente anche la frequenza del polso. Ma i detti apparecchi, delicati e piuttosto ingombranti, richiedono anch'essi l'opera di un assistente.

L'ascoltazione dei toni del cuore, ricevuti in microfono ed amplificati, potrebbe dare indicazioni continue udibili da tutti i presenti nella camera operatoria; ma il microfono riesce ingombrante e non è facile tenerlo nel dovuto posto per tutto il tempo dell'operazione.

Per queste considerazioni puramente pratiche, allo scopo di avere segnalazioni continue sulla funzione cardiaca, mi sono rivolto ad altre vie.

Come è noto, ogni tratto di muscolo che si contragga diventa elettricamente negativo rispetto ad un tratto in riposo dello stesso muscolo. Siccome la contrazione cardiaca è peristaltica e procede dalla base verso la punta, con la frequenza delle pulsazioni, si generano alternative di negatività e di positività che si propagano verso la periferia del corpo, di modo che anche in questa si alternano due campi di polarità opposta. I due campi sommati rappresentano tutta la superficie del corpo ed un piccolo tratto di ciascuno di essi basta per captare le differenze elettriche. Lo studio dei fenomeni elettrici del cuore nell'uomo e negli animali e per di più la pratica dell'elettrocardiografia insegnano che nella scelta della sede di applicazione degli elettrodi v'è una libertà considerevole; così che in ogni operazione si può trovar posto per applicare gli elettrodi fuori del campo operatorio. È noto inoltre che un contatto elettrico si stabilisce e si mantiene piuttosto facilmente. Per questi motivi la rivelazione dei fenomeni elettrici mi è sembrata la più promettente nella ricerca di un modo di osservare continuamente la funzione del cuore durante le operazioni chirurgiche.

L'elettrometro capillare di Lippmann e poi quello a corda di Einthoven hanno da molto tempo rivelato le pulsazioni elettriche del cuore. L'elettrometro di Lippmann consiste in un tubicino capillare, nel quale il mercurio, fattovi penetrare con una pompa, tocca una soluzione di acido solforico. Nella superficie di contatto la tensione superficiale del menisco del mercurio si modifica aumentando quando il mercurio riceve una carica negativa rispetto all'acido solforico e diminuendo quando riceve una carica positiva. Ne segue che, entro certi limiti, non superiori a Volt 0,80, ad ogni variazione di tensione elettrica avviene un sollevamento od un abbassamento del menisco del mercurio.

Una maggiore sensibilità ed una minore inerzia hanno fatto preferire l'elettrometro a corda, nel quale le indicazioni sono date dallo spostamento che una corda metallica, tesa nel campo di un potente elettromagnete, subisce quando venga traversata da un fluido elettrico.

Quanto nell'apparecchio di Lippmann, come in quello di Einthoven, si tratta di indicazioni minime e, per apprezzarle, occorre ingrandirle otticamente. Esse sono molto utili in laboratorii speciali, ma nelle comuni camere operatorie non sono pratiche, sia per la difficoltà dell'osservazione, sia perchè i risultati vengono facilmente disturbati per induzione dai circuiti vicini. Maggiore praticità si è ottenuta amplificando la tensione elettrica da rivelare prima di condurla all'apparecchio. In tal modo si è elevata la soglia di sensibilità dell'apparecchio e si sono resi meno nocivi i disturbi accidentali. Alcune case costruttrici di elettrocardiografi usano attualmente amplificatori cardioelettrici prima della rivelazione. Ma anche gli apparecchi così costruiti non rispondono allo scopo che occorre al chirurgo. Al chirurgo occorre che l'amplificazione sia tale da far funzionare un indicatore molto semplice e molto evidente. Il quesito che occorre risolvere per ciò è quello di costruire un amplificatore tanto potente da fornire una forza elettromotrice relativamente considerevole.

Ho usato come amplificatore un complesso costituito da più valvole termoioniche. Queste, che hanno un largo impiego nella tecnica delle radiocomunicazioni, possono essere utilizzate anche in altri rami della tecnica e della scienza quando sia necessario rilevare

o amplificare fenomeni elettrici o magnetici molto deboli.

Vi sono molte varietà di valvole termoioniche: io mi limito a parlare dei triodi per ragioni di semplicità. Essi derivano dal diode (o valvola di Fleming) il quale è costituito da un bulbo di vetro nel quale si trovano due elettrodi: il *filamento* o *catodo*, destinato ad emettere gli elettroni, e la *placca* o *anodo* destinato a raccoglierli. Il filamento è mantenuto in stato di incandescenza da una batteria di accensione e la placca è congiunta al polo positivo di un'altra batteria (anodica o di placca) della quale il polo negativo

FIG. 1. — Schema di diode. — F = filamento; P = placca.

è congiunto al filamento. Quando il filamento è acceso, si stabilisce una corrente elettronica, che va dal filamento alla placca, la quale è l'equivalente di una corrente positiva che va dalla placca al filamento e che ha quindi il senso dovuto alla batteria anodica. Questa, in tali condizioni, fa circolare una corrente attraverso la resistenza rappresentata dall'intervallo placca-filamento (fig. 1).

Nella valvola a tre elettrodi (De Forest), tra placca e filamento è inserito un terzo elettrode detto *griglia* o elettrode di regolazione o di controllo (fig. 2). La griglia favorisce od ostacola il passaggio della corrente di placca secondo che subisca, rispetto al filamento, una variazione di potenziale nel senso della positività o della negatività. L'azione della griglia è quindi quella di comandare il passaggio della corrente di placca in modo che a variazioni piccole del potenziale di griglia corrispondano variazioni ampie della corrente di placca.

Il rapporto tra potenziale di griglia e corrente di placca, che si chiama *pendenza*, entro certi limiti, è fisso per ciascuna lampada. Se, per es., una lampada ha pendenza 2, si vuol intendere che, per ogni variazione di un Volt sulla griglia, si ha una variazione di due mA. nella corrente di placca.

Siccome poi la forza elettromotrice (E) è, per la legge di Ohm, eguale al prodotto intensità per resistenza (I × R), se la lampada ha una resistenza di 10.000 ohm e lascia passare 2 mA., ciò significa che nella lampada considerata, di pendenza 2, la variazione di potenziale di 1 V. sulla griglia ha pilotato nel circuito di placca una forza elettromotrice di 10.000 × 0,002; cioè 5 V. E 5 è stato il fattore di amplificazione.

FIG. 2. — Schema di triode. — F = filamento; P = placca; G = griglia. — La terza batteria ha un punto intermedio congiunto con il filamento. I due poli della batteria sono congiunti, per mezzo di una resistenza lungo la quale la tensione cade dal valore massimo al valore zero. Per mezzo di un attacco mobile, è possibile dare alla griglia una tensione superiore (positiva) o inferiore (negativa) rispetto a quella che ha il punto congiunto al filamento.

Trasmettendo alla griglia di una seconda lampada la variazione ottenuta nel circuito anodico della prima, abbiamo un'ulteriore amplificazione; e così via di seguito. Teoricamente non c'è limite all'amplificazione e la amplificazione sull'ultima valvola è una potenza del fattore di amplificazione di numero eguale al numero delle valvole impiegate.

Se all'uscita di un amplificatore, che abbia ad es. una valvola terminale di pendenza 2, vogliamo un'intensità di 2 mA., occorre che facciamo agire sulla griglia di essa la tensione di 1 Volt; e se all'origine non abbiamo che 0,001 Volt, occorre che questo venga amplificato mille volte usando un numero di valvole adeguato.

Nella radiotecnica l'accoppiamento delle valvole si fa in diversi modi tutti ben studiati e tipici.

Nella condizione che ci interessa è stato necessario procedere per tentativi; questi mi hanno fatto preferire l'accoppiamento che si dice per resistenza capacità. Esso consiste nell'inserire nel circuito anodico di una valvola una resistenza di alto valore e nel far seguire ad essa un condensatore che, con l'altra armatura, è congiunto alla griglia della valvola successiva (fig. 3). In tal modo, quando

FIG. 3. — R = resistenza che determina la caduta di potenziale nel circuito anodico della prima valvola; C = condensatore che lo trasmette in senso contrario alla griglia della seconda valvola.

nella prima valvola si ha un passaggio di corrente, la resistenza determina una caduta di potenziale che, attraverso il condensatore, agisce come una variazione in senso contrario, cioè in aumento, sulla griglia della valvola successiva. Così all'eccitazione della griglia della prima valvola corrisponde un'eccitazione amplificata delle griglie successive.

Il rendimento che si ha in amplificatori di questo genere non corrisponde all'amplificazione teorica delle valvole: è forse la metà ed anche meno; nei miei apparecchi è inferiore a quattro decimi.

Per es. in un apparecchio a 6 valvole, l'ultima valvola serve a dare l'intensità, le prime 5 ad amplificare il potenziale. Siccome il fattore di amplificazione delle valvole usate è 10, l'amplificazione teorica dovrebbe essere 10 alla quinta potenza, cioè 100.000; se il rendimento fosse del 50 %, sarebbe 5 alla quinta, cioè 3625; e se fosse del 40 %, sarebbe 4 alla quinta, cioè 1024.

Da alcune prove di taratura che ho fatto, desumo che il rendimento sia un po' meno del 40 %.

I miei apparecchi reagiscono all'uscita come se all'entrata subissero un'eccitazione di circa 0,001 Volt. Ciò significa che la variazione elettrica prodotta dal cuore, quando viene raccolta alla superficie del corpo è di circa 0,001 Volt.

La messa a punto di tali apparecchi richiede numerosi accorgimenti. È facile che alcune parti dell'apparecchio formino induttanze che congiunte con i condensatori, diano origine ad oscillazioni proprie le quali, interferendo con quelle da rivelare, le disturbino. Come è noto dalla radiotecnica, i disturbi di tal genere sono tanto più difficili ad evitare, quanto maggiore è il numero delle valvole usate.

Un amplificatore a sei valvole, come quello che io uso, è un amplificatore che ogni radiotecnico considererebbe al di là del limite di stabilità; tuttavia sono riuscito a dargli una stabilità soddisfacente sia usando condensatori di capacità relativamente grande, sia aumentando fortemente la negatività della griglia dell'ultima valvola. A quest'ultimo artificio mi pare di dover dare l'importanza massima: mediante esso tutta l'emissione anodica, disturbata da oscillazioni proprie dell'apparecchio, resta soppressa e rimangono solo quei residui di emissioni che sono dovuti ai segnali amplificati. Ciò in altri termini significa che l'apparecchio rivela solamente le eccitazioni che riceve dall'esterno e spiega il fatto precedentemente accennato che l'amplificazione ottenuta è inferiore a quella teorica.

Comunque siano le cose, ad ogni oscillazione dell'indice dell'apparecchio, corrisponde una pulsazione cardiaca: e questo appunto era quel che si desiderava.

Altra difficoltà non lieve che si è incontrata era dovuta ad induzioni ed effetti reattivi tra i fili provenienti dalle batterie. L'apparecchio che sul banco di prova agiva regolarmente, diveniva folle o restava inibito appena rinchiuso in una cassetta.

Per superare questa difficoltà si è dovuto determinare con numerose prove quali fossero i decorsi adatti per i fili e quale la disposizione da dare alle batterie.

Attualmente sono riuscito a costruire apparecchi sufficientemente stabili e capaci di funzionare regolarmente. Lo schema di principio che è rappresentato in fig. 4 si è mostrato buono anche usando valvole di diversa specie. Usando valvole di maggiore potere di amplificazione ho potuto ridurne il numero fino a quattro e credo che con altre valvole si potrebbe ridurre ancora.

La grandezza dell'amplificazione ottenuta mi ha permesso una certa libertà nella scelta degli apparecchi indicatori. A principio delle ricerche usavo l'elettrometro di Lippmann. Questo che, eccitato senza amplificatore, dà variazioni di livello apprezzabili con lenti, eccitato con un amplificatore che dia all'usci-

ta 0,02-0,03 V. dà oscillazioni di livello di alcuni millimetri, quindi ben visibili ad occhio nudo e visibili ancora meglio se l'ombra del tubicino di mercurio si proietta su uno schermo per mezzo di una lampada.

Il sistema, che è abbastanza buono, a mano a mano che ho potuto avere amplificazioni maggiori, ha ceduto il posto a sistemi più semplici.

Un altro buon indicatore che ho usato è la lampada al Néon. Questa si illumina con equipaggio mobile, ad ogni passaggio di corrente, fa spostare un indice situato avanti ad un arco graduato. La rotazione dell'equipaggio mobile dipende dalla corrente che percorre lo strumento e dall'azione di una molla antagonista che tende a riportare l'equipaggio mobile alla posizione di riposo.

Scegliendo quelli costruiti con filo molto sottile, si hanno i cosiddetti milliamperometri ed i galvanometri, strumenti di grandissima sensibilità e di costo relativamente mite.

FIG. 4. — E, E = elettrodi da applicare al soggetto; M A = milliampèrometro; R, R', R'', R''', R'''', R''''' = resistenze di griglia; R-, R-', R-'', R-''', R-'''' = resistenze anodiche; C, C', C,'' C''', C'''' = condensatori; +100-120, +70-80 = tensione anodica in Volta; +4, —4 = tensione di accensione; —1,5, —20-30 = negativo di griglia.

intensità di corrente minima e richiede una tensione che non è eccezionale nei circuiti anodici. Si ha per risultato che, ad ogni impulso elettrico del cuore, la lampada si accende. Ma siccome occorrono tensioni anodiche elevate e forti negativi di griglia per spegnere del tutto la lampada nei periodi di riposo, ho abbandonato anche questo mezzo.

Altri indicatori sono forniti dai *relais* elettromeccanici dei quali sono attualmente sul mercato alcuni molto sensibili e di prezzo relativamente mite. Mediante essi si può comandare un circuito più potente che azioni un segnalatore di grande visibilità o un contatore o un apparecchio scrivente.

Ma tutto ciò che forse domani sarà pratico, rappresenta oggi una complicazione o almeno un aumento di costo per uno scopo non ancora riconosciuto necessario. E per questo motivo che io ho tralasciato di occuparmi di essi e termino l'elenco delle applicazioni del genere limitandomi a ricordare che, tra i sistemi grafici, i più semplici mi paiono quelli già completamente studiati, che sono in uso nella telegrafia e nella trasmissione delle immagini.

Il mezzo indicatore che ho preferito è un comune strumento di misura elettrica consistente in un campo magnetico nel quale un

Essi hanno però l'inconveniente di possedere nella molla un mezzo meccanico soggetto ad inerzia e quindi incapace di segnalare spostamenti molto frequenti. Tra i milliamperometri del commercio, ne ho trovati alcuni che sono capaci di compiere 200 oscillazioni complete al minuto e siccome sono forniti di un indice visibile anche a distanza, mi sono contentato di essi.

Tale frequenza non è sufficiente a segnalare le più piccole oscillazioni che appaiono negli elettrocardiogrammi; ma di esse non mi sono occupato, essendo che lo strumento, dovendo servire come segnalatore a visione diretta, deve dare per ogni pulsazione un segnale netto. E questo riesce tale nel migliore dei modi se è costituito da una sola oscillazione.

Se per ogni oscillazione registrasse tutte le oscillazioni dell'elettrocardiogramma, molto probabilmente la retina non potrebbe percepirle tutte dato che l'intervallo di alcune di esse è, o facilmente diviene, inferiore al 1/14° di secondo, limite di sensibilità retinica.

Inoltre data l'inerzia dell'indice del milliamperometro, esso potrebbe rimanere ancora deviato dalle oscillazioni di una contrazione cardiaca precedente al sopraggiungere di quelle della contrazione successiva. La segna-

lazione della frequenza sarebbe dunque incerta.

***

Lo strumento ha significato e fine diverso da quello che hanno i comuni elettrocardiografi: serve come indicatore di frequenza e di ritmo.

Tra stato elettrico del cuore e pressione sanguigna non v'è alcun rapporto cosicchè le indicazioni ottenute non riguardano questo importante carattere del polso.

Però nelle condizioni che interessano il chirurgo, esiste quasi sempre una relazione nota tra pressione sanguigna e frequenza del polso; così che l'indicazione dell'una fa quasi sempre indovinare il comportamento dell'altra.

L'aumento della frequenza che si verifica quando si abbassi la pressione sanguigna o il polso raro, che compare per stimoli del vago o dei suoi centri, esprimono sempre condizioni pericolose. Condizioni ancora più pericolose sono espresse dalle aritmie. Forse la temuta paralisi cardiaca, accidente tipicamente improvviso, altro non è che l'epilogo di aritmie rimaste sconosciute. Onde l'importanza di sorvegliare il polso continuamente.

Tutte le sedi di applicazione di elettrodi che servono nell'elettrocardiografia, servono anche nell'elettrocardioscopia. Però ho osservato che in questa si hanno i più intensi impulsi di corrente quando uno degli elettrodi, e precisamente quello che va alla griglia della prima valvola, senza passare attraverso la resistenza, sia situato vicino alla punta del cuore.

L'altro può essere situato indifferentemente sulla metà destra del torace, o sull'arto superiore destro, sul capo, sul collo o anche sugli arti inferiori. L'unico tratto da evitare è quello corrispondente alla porzione di torace vicina al cuore e situato al disotto di quella linea obliqua stabilita da Waller, che va dalla spalla sinistra al fianco destro. Tale linea, specie di equatore elettrico, divide il corpo in due campi, nei quali partendo dall'equatore, ove si trova il cuore, si propagano alternativamente oscillazioni elettriche di segno contrario. È evidente quindi che se uno degli elettrodi sia vicino alla punta del cuore, e l'altro si trovi vicino ad esso e nello stesso campo, tra i 2 non possa essere differenza di potenziale o ve ne sia una minima; quindi anche l'amplificazione sia proporzionalmente ridotta.

Gli elettrodi usati sono costituiti da due lastrine di argento di cm. 4 × 2 che si fissano alla pelle con cerotto oppure da 2 spilli che si infiggono nella pelle.

Le lastrine d'argento inumidite con acqua salata sono adattissime nella maggior parte dei casi, ma data la loro rigidità, talvolta si spostano e in alcuni casi non mantengono con la pelle lo stretto contatto che è necessario.

È perciò che, specialmente nei soggetti sottoposti a narcosi, è preferibile l'uso degli spilli. Recentemente ho trovato che un ottimo contatto si può stabilire, anche senza trafiggere la pelle, usando come elettrodi un sòttile filo di rame o d'argento col quale viene più volte trapunto un rettangolo fatto con cinque o sei strati di garza comune delle dimensioni di cm. 4 × 2. La garza contenente il filo metallico viene imbevuta con acqua salata, applicata sulla pelle e quivi fissata con un cerotto che la copre completamente. La garza si adatta bene alla superficie del corpo ed il cerotto la mantiene umida.

***

Ho usato l'elettrocardioscopio in quasi tutte le operazioni che ho eseguito dal giugno del corrente anno. La pratica mi ha rivelato che durante tutto questo tempo le batterie anodiche e quelle di griglia non hanno subìto esaurimento sensibile; solo gli accumulatori per l'accensione dei filamento hanno dovuto essere ricaricati qualche volta; debbo però dichiarare che la loro capacità era la più piccola tra quelle usate in commercio.

L'apparecchio agisce regolarmente nelle comuni camere operatorie; l'illuminazione elettrica ed i motori elettrici che funzionano in essa non lo disturbano purchè non si trovino a distanze inferiori ad un metro dai fili che vanno al milliamperometro. Per questo motivo lo schermaggio non è parso necessario.

Si hanno disturbi solo quando si tocchi il corpo del paziente con un elettrocauterio o quando si facciano agire correnti ad alta frequenza come sono per es. quelle che azionano il coltello elettrico.

In tali occasioni, senza distaccare il paziente dall'apparecchio, si fa agire l'interruttore che apre il circuito d'accensione e si sospende momentaneamente l'osservazione; quando poi la causa disturbante cessa di agire, con l'interruttore stesso si richiude il circuito.

***

La corrente che all'uscita dell'apparecchio segnala le pulsazioni cardiache è sensibilmente eguale per ogni soggetto, anche se si tratti di casi patologici. Ricordo dei pazienti nei quali il polso era salito a frequenze insolite

(160-180) ed altri nei quali il polso radiale non era più palpabile affatto; in tutti le segnalazioni elettriche erano intense come di norma.

In alcuni soggetti si ha una minore intensità; la variazione dipende da fattori individuali e, per quanto sembra, principalmente da variazioni della conducibilità cutanea. Induce a ritenere così l'osservazione che, per ottenere un'intensità normale, per lo più basta aumentare la superficie degli elettrodi o trafiggere la pelle con spilli.

***

L'elettrocardioscopio rappresenta a mio parere il mezzo più pratico per dare informazioni sulla funzione del cuore.

Tutta la complicazione di principio resta racchiusa nell'interno dell'apparecchio, al quale due semplici fili portano i segnali del cuore raccolti da piccoli elettrodi che si applicano, si può quasi dire, in qualunque parte del corpo e compiono il loro ufficio qualunque sia lo stato del soggetto, la frequenza del polso o la grandezza della pressione sanguigna.

Per questi motivi mi è sembrato che potesse essere utile in chirurgia. Essendo riuscito a comporre un apparecchio che qualunque dilettante può costruire, ne ho indicato lo schema.

RIASSUNTO.

È indicato e spiegato il modo di costruire e di usare nelle comuni sale operatorie un apparecchio che trasforma le pulsazioni elettriche del cuore in segnali di grande visibilità.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALI UNITI DI ORTE.

Colecistite acuta simulante infezione puerperale in donna operata di taglio cesareo

per il dott. F. G. TROGU, chirurgo direttore.

Il caso clinico che descrivo mi pare di un certo interesse e degno di illustrazione per una serie di fatti e per la curva termica simulante infezione puerperale.

Si tratta di certa B. Marietta, di costituzione scheletrica irregolare specie pel bacino piatto rachitico con coniugata vera inferiore di 70 mm. È corpulenta per abbondanza di adipe, di statura bassa, torace robusto, seno voluminoso; ha 27 anni.

Nulla di interessante nel gentilizio. Padre vivente e sano; la mamma morì a 42 anni per febbri spagnole. Una sorella gode buona salute, è di costituzione scheletrica regolare ed ha avuto due parti fisiologici.

La p. fu allevata artificialmente perchè quando nacque, la mamma, operata nel primo puerperio di mastite grave bilaterale, non ebbe portata lattea sufficiente.

La p. perciò crebbe un po' debole per ripetute enteriti; soffrì il morbillo a 6 anni ed indi stette sempre bene fino all'epoca del matrimonio, che contrasse a 24 anni con un uomo sano. Mestruò a 12 anni e indi sempre in modo regolare per tempo e per quantità.

Un mese dopo il matrimonio restò gravida. Portò la gravidanza regolarmente sino al 9° mese epoca in cui solo si fece vedere dal medico, che consigliò il ricovero nella Clinica ostetrica per la viziatura pelvica.

Appena ricoverata il 14 dicembre 1928 nella Clinica ostetrica di Roma ebbe le prime doglie e dopo 48 ore non riuscendo a sgravarsi venne operata in narcosi di estrazione strumentale del feto morto. Non ebbe conseguenze gravi per il trauma patito tanto che dopo breve degenza in Clinica, fu dimessa.

Restò ancora gravida nel dicembre del 1929. Credo che le sia stato consigliato il parto prematuro, che fu rifiutato.

Entra in Ospedale il 9 settembre 1930. Ha l'addome voluminosissimo per abbondante liquido amniotico; si apprezza il battito cardiaco fetale al quadrante inferiore; le contrazioni uterine sono scarse e poco valide. Funzione cardio-renale buona.

Attesi 24 ore senza che la testa fetale accennasse menomamente ad impegnarsi nonostante le contrazioni uterine si fossero rese abbastanza valide. Il sacco amniotico era ancora integro e non ne provocai la rottura stante che attendevo il consenso della P. e dei parenti in merito alla condotta da me stabilita. Il parto era impossibile anche con l'aiuto del forcipe; non mi restava che il rivolgimento, l'estrazione podalica seguita da craniotomia occipitale. Scartai questa manovra in bacino viziato perchè non meno pericolosa del taglio cesareo come in altri casi potei constatare.

Il 10 settembre 1930 con l'aiuto del Dott. Mele intervenni con la cesarea alla Sänger.

Estratto il feto vivente, trovai difficoltà per il distacco della placenta inserita sulla parete anteriore dell'utero.

Svuotato completamente l'utero si ebbe profusa emorragia che riuscii solo a frenare con pezze sterili caldo-umide, mentre contemporaneamente provvidi alla sutura dell'utero. I punti da me usati furono incrociati e in catgut che mi dettero emostasia completa e ottima chiusura come del resto uso in altri interventi addominali di pari importanza al taglio cesareo.

Nessun incidente durante l'atto operatorio. Non una goccia di sangue, non contenuto dell'utero penetrarono nel cavo addominale che fu accuratamente protetto ed isolato prima del taglio cesareo.

Contemporaneamente alla messa in sito degli ultimi punti laparatomici la P. si svegliò dalla narcosi eterea e subito si riebbe ai vagiti del figlio, che non risentì alcuna conseguenza del parto artificiale.

Benchè forte e robusto il neonato presentava i piedi varo equini. Seduta stante e nei giorni successivi furono praticate alla P. diverse iniezioni preventive emostatiche, tra le quali una nella regione glutea sinistra di un preparato policalcico.

A questo punto trovano ragione le presenti note miranti a chiarire l'andamento post-operatorio che richiamò la mia attenzione sulla curva termica simulante infezione puerperale.

Dal diario clinico risulta che il massimo rialzo termico il giorno stesso dell'atto operativo fu di centigradi 37,5 e nel giorno 11-9 la curva termica tocca alle ore 20 centigradi 39 senza brividi, cosa non allarmante, data la natura dell'intervento. Nei giorni successivi la temperatura raggiunse il 37° la mattina e 37,4 nel pomeriggio.

In decima giornata dell'atto operativo tolsi i punti dalla parete addominale e constatai che la ferita guarì per prima.

L'utero era molto ridotto di volume, non era dolente.

Non più secrezione vaginale. I lochi del resto furono sempre normali. Intanto la P. fu sorpresa da brividi e rialzo termico fino al 40°, da dolenzia generale addominale, malessere e nausea con veri conati di vomito. La curva termica si mantenne costante tra il 39° e 40° con accenni a brividi.

La regione glutea sinistra si era ingrossata per le iniezioni emostatiche sopportate, e questo fatto credevo potesse spiegare questa febbre indesiderata. Aprii la piccola raccolta e drenai, ma la febbre non accennò a diminuire anche nei giorni successivi.

La nausea persistette e la prostrazione generale aumentò tanto da farmi ritenere che fosse in atto febbre puerperale.

Il quadro clinico faceva a questa pensare perchè intanto la P. cominciò ad accusare dolenzia vaga alla fossa iliaca di sinistra.

L'esplorazione vagino-addominale bimanuale protetta con guanti sterili nulla mise in chiaro per cui mi restò il dubbio di una febbre puerperale.

Dopo alcuni giorni di febbre continua con leggere remissioni per l'uso di antipiretici, trifenil, tripaflavina, la P. accusò vivo dolore all'ipocondrio destro, dolore lancinante, gravativo, spasmodico, mentre la temperatura sorpassava di qualche linea 40°.

La palpazione profonda sulla regione ipocondrica destra non era possibile, ciò nonostante riuscii ad apprezzare la cistifellea voluminosa e l'aia epatica aumentata. Il quadro clinico intanto si rischiarò perchè la P. cominciò ad avere vomiti violenti continui con emissione di rigurgito biliare abbondante e dolori che dall'ipocondrio destro si irradiavano alla spalla destra. Le sclere oculari assunsero una leggera tinta itterica.

In questo periodo nulla di notevole all'apparato respiratorio e cardiaco.

In base a questa sintomatologia diressi la cura verso la cistifellea con termoterapia locale, due iniezioni giornaliere endovenose di urotropina, pozioni di rabarbaro, salicilato sodico, benzoato sodico, boldine Houdè. Questo trattamento intensivo riuscì efficace e in pochi giorni la P. sfebbrò, riacquistò benessere generale e si avviò a guarigione.

Il giorno 16-11-1930 madre guarita e bambino furono dimessi.

Il caso clinico illustrato è molto istruttivo e offre materia a diverse considerazioni cliniche.

Anzitutto mi pare non sia ripetuto abbastanza la necessità che anche gli Ospedali tipo circondariale siano muniti di quanto necessita non solo per la chirurgia generale, ma anche per la ostetricia operatoria e ginecologia. Ricordo questo perchè negli Ospedali da me diretti trovai sempre esuberanza di strumenti per chirurgia generale e poco di quanto necessita per la ginecologia ed ostetricia, specialità del resto non tenuta del tutto in considerazione in molti corcorsi.

L'ostetricia patologica in questi Ospedali è quella che dà molto da fare perchè le pazienti durante la gravidanza non si fanno vedere nè dal medico condotto, nè dal chirurgo locale e solo vengono trasportate d'urgenza quando si constata l'impossibilità del parto. La lotta fascista per la protezione della maternità e dell'infanzia deve iniziare con la persuasione, con l'educazione, col convincimento che ogni gravidanza deve essere sorvegliata e guidata.

I numerosi parti distocici da me operati furono sempre di sorpresa, non perchè l'ospedale fosse distante, ma perchè fino alla ultima ora non furono previsti un bacino viziato, una placenta marginale o previa, una presentazione atipica e si sperò sempre che il parto dovesse procedere normale.

Diversi interventi con embriotomia forse potrebbero essere evitati se previsti, quando cioè, constatata l'impossibilità del parto fisiologico anche aiutato dal forcipe alla mano di tutti, si seguisse la condotta diretta a salvare madre e figlio con la cesarea sempre quando la madre sia ancora in stato di tollerare l'atto operativo.

Gran parte della colpa cade sulle ostestriche che anche chiamate a tempo, non sanno prevenire, nè ben consigliare; altra parte di colpa cade pure sull'imperizia di certi chirurghi che non addestrati a questi generi di interventi, restano incerti, dubbiosi e pressati all'ultim'ora lasciano la partoriente alla propria sorte.

Ricordo a proposito un caso tipico visto da me alla fine del 1929. Certa R. B. di Casalmorano (Cremona) che gravida alla fine del 9° mese mi fu trasportata nel reparto di maternità di Soresina. Donna piccola, rachitica, bacino viziato.

Stante le condizioni buone del cuore e funzionalità renale ottima, proposi la cesarea salutare per la mamma primipara e per il feto.

Una vecchia ostetrica che vantava benemerenze locali, a mia insaputa, dissuase la P. della cesarea, che non potei eseguire e dovetti con non lieve difficoltà estrarre il feto con rivolgimento e craniotomia occipitale.

Quando però si è eseguito qualsiasi atto operativo ostetrico d'urgenza, dobbiamo non trascurare la puerpera, che superato il parto, può risentirne le conseguenze talora fatali per manualità inconsulte e non tecniche subite durante il sopraparto prolungato, da chi voleva a tutti i costi darsi ragione, troppo tardi del parto distocico.

Il chirurgo ostetrico deve valutare tutte queste manualità antecedenti, quando espletato in qualsiasi modo il parto, si accorge del sopravvenire di fattori morbosi che non possono essere imputati alla sua rigorosa tecnica e specifica competenza.

Le manualità vaginali inconsulte sono per la partoriente pericolose come le manovre uretrali nell'uomo per mano di empirici, specie nei prostatici od affetti da restringimenti uretrali a baionetta. Le conseguenze possono essere disastrose per l'una e per l'altro.

Questi ricordi clinici non mai superflui, per meglio valutare quanto interesse abbia per noi la partoriente prima e la puerpera poi.

Il caso mio illustrato è tipico per richiamare alla mente del pratico la necessità di stare sempre in sospetto sulle evenienze di manovre inconsulte, cui può essere stata la partoriente sottoposta, prima che capiti d'urgenza alla nostra cura.

La tecnica operativa da me usata fu la più rigorosa, prova ne sia l'andamento post-operatorio nei primi dieci giorni. Sopravvenne, dopo i primi dieci giorni, la complicazione febbrile che mi mise in sospetto sulla possibile esplosione di una febbre puerperale, imputabile più che a trasporto di germi durante l'atto operativo, al trasporto di germi in vagina per mano di chi esplorò ripetutamente la paziente prima del suo ingresso in Ospedale, germi, che potevano restare latenti finchè le membrane erano integre e che dopo alcuni giorni dell'atto operativo, potevano, acquistata virulenza, esser penetrati nell'utero e quivi generare una infezione puerperale.

I lochi non putridi mi lasciavano un po' tranquillo, nè anche la raccolta circoscritta chimica della iniezione del preparato di calcio, del resto rigorosamente asettica, a ragion veduta, non poteva giustificare l'insorgenza dei brividi e del rialzo termico con lievi remissioni. I conati di vomito sono esponenti di svariate concause per cui essi sòlo non potevano assumere valore diagnostico.

Solo quando il tumultuoso quadro morboso cominciò a localizzarsi all'ipocondrio destro e quivi fu possibile constatare l'ingrossamento dell'aia epatica e vi si potè apprezzare ingrossata la cistifellea, fui in grado di porre diagnosi precisa di colecistite in puerperio escludendo la febbre puerperale insostenibile per le ragioni suddette.

Le colecistiti in puerperio normale sono comuni e ne ho potuto constatare a diecine. Recentemente ne osservai un caso esploso quindici giorni dopo un parto prematuro assistito da un collega.

La puerpera fu sorpresa a mezzanotte da dolori violentissimi all'ipocondrio destro, accompagnati da vomiti biliari e indolenzimento alla spalla destra. L'aia epatica si apprezzava ingrandita e la cistifellea si delimitava idropica, a forma di pera, tesa.

Altro caso interessante osservai tre anni addietro in una gravida alla fine dell'ottavo mese. Costei portò fino allora la gravidanza in modo normale senza disturbi di sorta. Improvvisamente fu colta da dolori vivi che dall'ipocondrio destro s'irradiavano a tutto l'addome e alla spalla destra. La palpazione nulla apprezzava, data la forte tensione di tutto l'addome. Le coliche epatiche accompagnate da vomiti biliari si ripeterono per una intera giornata, finchè la paziente emise un grosso ascaris. Dopo l'emissione del verme col vomito cessarono i vomiti, i dolori e la P. portò a termine la gravidanza, ed ebbe parto fisiologico. In questo caso il verme aveva tentato risalire il coledoco provocando la colica epatica.

I casi di colecistite acuta post-partum in questa regione sono di una certa frequenza, e ciò mi pare possa essere spiegato dal fatto

che in questa regione si osservano molti gastropatici per l'abuso che si fa di pepe, peperoni, aglio e spezie di ogni genere. È spiegabile quindi che durante la gravidanza o nel puerperio si possano osservare più di frequente colecistiti, che le stesse pazienti non avevano lamentato prima della gravidanza. Erano colecistiti latenti causate da pregressi catarri gastroduodenali.

RIASSUNTO.

L'A. illustra un caso di gravidanza a termine in bacino viziato, che trattò operativamente col taglio cesareo salvando madre e figlio; valuta la temperatura che la P. presentò dopo 10 giorni dall'atto operativo, temperatura dovuta a gravissima crisi di colecistite e mette in rilievo come talvolta si possa restar perplessi sulla diagnosi e prognosi, essendo sempre legittimo il sospetto di una infezione puerperale causata da vari fattori.

SUNTI E RASSEGNE.

SANGUE.

Il conteggio differenziale dei polimorfonucleari.

(W. MULLIN e C. LARGE. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 17 ott. 1931).

La scoperta fatta da Ehrlich di un metodo soddisfacente di colorazione del sangue, costituì un reale progresso per l'interpretazione del conteggio differenziale della serie bianca. Un altro progresso decisivo per lo studio dei polimorfonucleari venne compiuto quando Arneth, verso il 1905 stabilì lo schema che va sotto il suo nome.

Egli suddivise, come è noto, tali leucociti in cinque classi a seconda del numero dei segmenti che presentava il nucleo; egli andò poi più avanti nelle suddivisioni arrivando fino a farne 81, comprendendovi anche i linfociti ed i monociti.

Arneth osservò che il tipo normale predominante dei polimorfonucleari è quello che contiene 2 o più segmenti (che costituisce il 90-95 % del totale). Egli dimostrò altresì che le forme con nucleo non segmentato sono cellule giovani od immature e che l'età della cellula è determinata dall'estensione della segmentazione. Nelle infezioni acute, il numero di tali cellule aumenta e diminuisce corrispondentemente quello delle altre; così pure, le cellule a nucleo non segmentato aumentano quando l'infezione va peggiorando e viceversa. Tali cambiamenti sono designati col nome di spostamento: *verso sinistra* quando aumenta il numero delle cellule non segmentate e *verso destra* nel caso contrario.

La comparsa di forme immature nel sangue è spiegata con la distruzione dell'equilibrio normale fra rigenerazione e degenerazione leucocitica che si ha normalmente nell'organismo. La presenza di leucopenia o di leucocitosi è causata dall'inibizione (rispettivamente dallo stimolo) del midollo osseo da parte delle tossine batteriche. Quando, nelle infezioni, si ha aumento di distruzione, si ha aumento di richiesta di attività del midollo osseo, il quale non può supplire a tale aumento ed invia quindi in circolo delle forme immature.

Le osservazioni di Arneth hanno destato grande interesse nel mondo scientifico, ma forse il suo metodo non si è molto diffuso a causa del tempo notevole che richiede un tale conteggio.

Una modificazione a tale metodo è stata in seguito (1920) proposta da von Schilling, il quale divise la prima classe di Arneth in tre tipi: mielociti; forme giovani e forme a nastro, includendo nel quarto tipo tutte le forme segmentate. Un conteggio di tal fatta può essere fatto in cinque minuti ed ha grande valore clinico.

Altre classificazioni sono state fatte da altri autori, ma la più semplice, a detta degli AA., è quella proposta da Farley, St. Clair e Reisinger, la quale divide i polimorfonucleari soltanto in due classi: le *forme immature senza filamento* e quelle *mature con filamento*. Il conteggio di entrambe può esser fatto nel mentre si fa la formula leucocitaria, stabilendo soltanto in questa una suddivisione dei polimorfonucleari in filamentosi e non.

Negli adulti normali, il numero dei polinucleari non filamentosi arriva al massimo al 16 %; questo criterio può essere assai utile per rivelare un'infezione criptogenetica.

Gli AA. hanno fatto ricerche con questo metodo sopra una trentina di casi ed hanno assodato che, mediante esso, è possibile stabilire l'origine infettiva di una malattia (p. es. un'artrite) e dare anche un giudizio prognostico; p. es., quando il numero dei polinucleari non filamentosi raggiunge ed oltrepassa il 50 %, la prognosi deve essere molto riservata, in quanto che la maggior parte di questi casi termina con la morte. Il metodo ha valore anche per la differenziazione di forme allergiche da quelle infettive.

Una contraddizione al significato del limite sopra accennato del 50 %, la si ha nel trattamento malarico della sifilide nervosa, in cui si osserva, con la leucopenia, un aumento delle forme non filamentose fino al 70-80 % pure avendosi la sopravvivenza del malato.

fil.

Le piastrine del sangue: il loro significato clinico.

(W. MACKAY. *The Quarterly Journ. of Medecine*, aprile 1931).

L'A. ha fatto un'ampia rivista della letteratura sull'argomento ed ha studiato le piastrine in 6 persone sane e in 74 malati.

Egli ha contato le piastrine col metodo dello striscio di sangue diluito con soluzione di citrato di sodio e successiva conta delle piastrine e dei globuli rossi e calcolo della proporzione delle piastrine in base al numero di eritrociti trovati colla conta col Thoma-Zeiss. Fu anche studiato il tempo di coagulazione e il tempo di sanguinamento.

Secondo l'A., che approva l'opinione di altri, le piastrine sono senza nucleo. È ora accertato che le piastrine rappresentano un elemento normale del sangue.

Normalmente si presentano di grandezza che varia da 2 a 5 micron.

L'origine delle piastrine dai megacariociti è quella più accettata oggi ed Aschoff la ritiene risolta in questo senso in modo definitivo. I megacariociti si trovano nel fegato e nella milza dell'embrione; nell'adulto solo nel midollo osseo.

In condizioni patologiche si possono formare piastrine da tutti i tessuti che sono potenzialmente emopoietici.

Si è discusso molto sulla vitalità delle piastrine. Achard e Aynaud hanno trovato alterazioni di forma dovute a modificazione della temperatura o a veleni protoplasmatici (etere, cloroformio, cianuro di potassio), decolorazione da parte delle piastrine di soluzioni diluite in blu di metilene, e assorbimento del rosso neutro. Queste due ultime qualità si modificano colla temperatura, col fluoruro di sodio, col chinino.

Warburg ritiene che le piastrine respirino ossigeno.

In condizioni patologiche la milza contiene un numero di piastrine maggiore che in condizioni normali, mentre inversamente si comportano le piastrine del circolo periferico. Nella milza avviene la distruzione delle piastrine, il cui numero aumenta appunto dopo la splenectomia o la legatura dell'arteria lienale.

Normalmente il numero delle piastrine oscilla, secondo i vari autori, fra 150.000 e 360.000 per mmc.

In generale le piastrine diminuiscono di numero nella leucemia mieloblastica acuta, nell'anemia splenica, nell'endocardite maligna, nell'anemia perniciosa, nella tonsillite acuta, nella polmonite lobare (nel periodo precritico), nella piemia. Sono in numero normale o poco diminuite nella porpora tipo Schoenlein-Henoch, nello scorbuto, nell'emofilia, nell'ittero acolurico, nel diabete mellito, nelle sepsi pelviche, nell'ipertiroidismo e in numero normale o aumentato nella leucemia mieloide cronica, nell'anemia perniciosa, nelle anemie secondarie, nella convalescenza della polmonite lobare, nel reumatismo acuto, nella nefrite, nel cancro, nella tubercolosi cronica. Nella porpora emorragica e nella policitemia vera a volte sono aumentate, a volte diminuite.

Riguardo alla forma, le piastrine possono non contenere granulazioni, possono contenerne molte o poche e possono essere grandi o piccole. Nella porpora emorragica prevalgono le piastrine grandi; Glanzimann ha descritto la presenza di piastrine molto grandi e molto piccole; però spesso le piastrine hanno in questa malattia aspetto normale. Nella leucemia mieloblastica anche prevalgono le piastrine piccole; nella leucemia mieloide cronica prevalgono le grandi e c'è aumento del loro contenuto in granuli. I granuli sono diminuiti nell'anemia splenica. Nell'ittero emolitico si ha, dopo splenectomia, comparsa di piastrine molto grandi e rapido aumento del numero delle piastrine stesse. Nell'endocardite maligna il numero delle piastrine è diminuito ed esse sono grandi, piccole e di volume normale, e prevale la deficienza dei granuli. Nell'anemia perniciosa prevalgono le piastrine piccole, mentre prevalgono le grandi nelle anemie postemorragiche. Nella polmonite lobare prevalgono le piastrine più piccole nel periodo precritico, mentre nei primi giorni di malattia si ha diminuzione del numero dei granuli. Nel reumatismo articolare acuto c'è aumento del numero delle piastrine.

Nell'insieme si può dire che il numero delle piastrine diminuisce nel periodo acuto delle infezioni e delle tossiemie ad eccezione del reumatismo articolare acuto.

Le piastrine hanno certamente molta importanza nel mantenimento della sterilità del circolo sanguigno.

Per quel che riguarda la piastrinopenia della porpora, due sono le teorie patogenetiche: quella di una lesione dei megacariociti nel midollo osseo e quella dell'iperattività della milza nella distruzione delle piastrine. Che il numero delle piastrine abbia minore importanza nel produrre la porpora della lesione dell'endotelio capillare è dimostrato dal comportamento delle piastrine nella porpora di Schöenlein-Henoch e nello scorbuto, in cui il numero delle piastrine non è molto diminuito.

Circa il rapporto fra piastrine e coagulazione, Hayem e Bizzozzero trovarono che la fibrina si forma solo dove si accumulano le piastrine. Secondo Howel e altri le piastrine contengono protrombina e tromboplastina, mentre secondo Morawitz contengono trombogeno e trombochinasi e secondo Bordet citozima. Secondo altri autori invece la coagulazione dipenderebbe dal plasma, ma non dalle piastrine.

Anche il rapporto fra numero delle piastrine e tempo di coagulazione non è definitivamente stabilito.

Per i rapporti colla trombosi, il trombo bianco è composto di piastrine, però l'aumento delle piastrine non basta a dare trombosi.

L'opinione che la retrattilità del coagulo dipenda dal numero delle piastrine non è universalmente accettata. Secondo l'A. la retrattilità dipende tanto dal plasma che dalle piastrine.

L'emorragia capillare si può avere anche con numero di piastrine aumentato come pure c'è trombopenia senza emorragie capillari. Lo stesso si può dire del tempo di sanguinamento.

Le piastrine non hanno certamente nessuna parte nella determinazione del fenomeno anafilassi. R. LUSENA.

Diatesi emorragica trombopenica in una gravida con grave anemia consecutiva.

(GROTT e GALINOWSKI. *Le Sang*, 1931, n. 5).

Gli AA. si occupano della patogenesi della trombopenia e dell'anemia aplastica, riferendo il caso clinico di una primigravida di 22 anni, ricoverata nella I[a] Clinica Medica dell'Università di Varsavia.

La malattia era incominciata al quarto mese di gravidanza con epistassi ripetute per le quali anche i mezzi usati da specialisti, si mostrarono insufficienti. Il primo esame di sangue dette 810.000 globuli rossi, Hb 10, val. glob. 0,6, leucociti 4600, tempo di emorragia 5 minuti, di coagulazione 6,5 minuti, segno del laccio + +.

Il numero delle piastrine fu sempre molto al disotto della norma e discese fino a 10.000. Successivamente comparvero anche emorragie gengivali e rare petecchie. L'anemia si mantenne grave nonostante una trasfusione di sangue e il trattamento con fegato crudo. Interrotta la gravidanza, fu notato miglioramento nelle condizioni generali e diminuzione delle emorragie. La malattia subì varie oscillazioni durante i due mesi successivi, finchè, dopo circa sei mesi, l'inferma venne dimessa in discrete condizioni, ma non ancora guarita.

Gli AA. ritengono che il loro caso appartenga al gruppo delle diatesi emorragiche caratterizzate dalla diminuzione delle piastrine e chiamate da Frank « diatesi emorragica trombopenica » o « trombopenia essenziale ». Essi dopo aver rilevato, nel caso studiato, il contrasto tra i segni apparenti della diatesi emorragica ed il comportamento delle piastrine, che si mantennero sempre al disotto di 14.000, vengono a considerare il meccanismo dell'emorragia nella malattia di Werlhof, riferendo le osservazioni di numerosi Autori, che antepongono le condizioni dei vasi (endoteli dei capillari) alla ipotrombocitosi. Al contrario i partigiani della teoria delle piastrine attribuiscono una importanza del tutto secondaria al fattore vascolare. Non ancora chiaro è poi il meccanismo patogenico della ipotrombocitosi e gli AA., dopo aver passato in rassegna le varie teorie, fanno una accurata disamina del loro caso clinico, in cui si rivelò una lesione più grave dei capillari delle mucose, ed in cui la costante deficienza delle piastrine fece supporre una importante lesione dell'apparato generatore di esse nel midollo osseo. In assenza dei segni di abnorme funzione del fegato o della milza, essi accettano la primitiva ipotesi di Frank della insufficienza trombocitoplastica congenita.

Gli AA. ritengono che il loro caso clinico avvalori l'ipotesi della alterazione vascolare, anzichè quella della ipotrombia, come fattore prevalente della emorragia, senza peraltro negare l'importanza della insufficienza — probabilmente congenita — dell'apparato trombocitoplastico.

Per quanto riguarda il fattore causale, essi fermano la loro attenzione sulla importanza delle ghiandole in secrezione interna e particolarmente sulla disfunzione ovarica. Pur non essendo possibile stabilire, sui dati della letteratura, quale azione esplichi la gravidanza, e neppure quale parte spetti alla disfunzione del corpo luteo e quale alla intossicazione gravidica, tuttavia gli AA. si ritengono autorizzati ad ammettere un nesso causale tra la gravidanza e la comparsa della diatesi emorragica in soggetto predisposto. Dal punto di vista sintomatico il caso può rientrare nella forma detta da Frank « Trombopenia essenziale cronica intermittente ».

Quanto all'anemia di alto grado osservata nell'inferma, gli AA. ritengono che l'esaurimento midollare, consecutivo alla diatesi emorragica, abbia condotto alla manifestazione di un'anemia aplastica o — più esattamente — a tendenza aplastica, il carattere peculiare del caso essendo rappresentato dalla trombopenia.

Di fronte alla insufficienza degli stimolanti midollari come ferro, arsenico, fegato, si rivelò favorevole l'azione delle trasfusioni di sangue, sia in dosi massive, che a piccole dosi ripetute intramuscolari. Tuttavia una netta influenza si verificò solo dopo l'interruzione della gravidanza. A. COLARIZI.

La linfoadenosi mielosica.

(G. BOATTINI. *Haematologica*, vol. XII, 1931, fascicolo V).

La copiosa messe di studi che si è andata accumulando in questi ultimi anni nel capitolo delle leucemie, ha reso possibile la sistemazione nosografica non controversa di talune forme morbose, ed ha cercato anche di

sistemare nel gran quadro dei disturbi del sistema eritropoietico alcune particolari affezioni a tipo iperplastico, quali le eritremie o *mielosi eritremiche* e le eritroleucemie nelle quali ultime si ha la contemporanea partecipazione al quadro morboso del sistema granulocitico e di quello eritrocitico. Con l'ultima classificazione del Di Guglielmo che divide le mielosi in parziali, miste e globali e in ciascun gruppo distingue le forme iperplastiche le ipoplastiche e le aplastiche, le mielosi sono morfologicamente ben sistemate nelle loro linee generali; non altrettanto può dirsi delle linfoadenosi e particolarmente di quelle nelle quali sia contemporaneo un processo, vuoi iperplastico, ipoplastico o aplastico, di uno o di entrambi i sistemi mielopoietici come pure del sistema piastrinoplastico. Fu il Sega che per primo mise in evidenza tali emopatie: egli in base al quadro ematologico ed anatomico di un caso capitato sotto la sua osservazione fu indotto a differenziare nella sindrome di *linfoadenosi acuta* la varietà *eritroleucemica*, avendo presentato, la sua paziente, lesioni prevalenti a carico del sistema linfopoietico con partecipazione contemporanea, sebbene modesta, del sistema eritropoietico. Un anno più tardi il Callerio descriveva un caso simile, che pur mancando il reperto anatomo-patologico venne anche considerato come esempio di linfoadenosi eritroleucemica: si aveva infatti aumento degli elementi della serie linfatica con presenza di elementi immaturi nello stesso tempo che si poteva notare l'eritroblastoemia comprovante la partecipazione del sistema eritropoietico. Questi due casi clinici dimostrano la esistenza delle forme leucemiche miste: viene in tal modo a cadere il concetto classico di tenere nettamente e costantemente separati l'uno dall'altro i processi morbosi del sistema linfatico e quelli del sistema mieloide. Dagli AA. classici queste forme miste sono interpretate nel senso che una soltanto delle alterazioni sia primitiva, mentre l'altra non rappresenterebbe che un fenomeno reattivo secondario.

Ma la più sicura prova della esistenza di forme leucemiche miste è data dalla possibilità della trasformazione di una linfoadenosi in una mielosi parziale o globale, come pure dalla possibilità della coesistenza di un processo linfoadenosico con un processo mielosico parziale (casi di Sega e Callerio) e globale. Di quest'ultimo tipo è il primo dei due casi descritto dall'A. in cui tutto il sistema emolinfopoietico appariva colpito, con iperplasia di ghiandole linfatiche da un lato e con iperplasia e metaplasia del midollo costale e femorale dall'altro. Quest'ultimo mentre presentava evidente iperplasia del sistema eritropoietico e dell'emoistioblastico presentava un'altrettanto evidente ipoplasia del sistema granulocitico ed aplasia di quello megacariocitico.

Nel secondo caso descritto dall'A. l'autopsia dimostrò invece chiaramente la ipoplasia del sistema granulocitico e di quello eritroblastico, accanto alla marcata infiltrazione linfatica del midollo femorale ed alla iperplasia sistemica dell'apparato linfoghiandolare.

Da questi dati anatomici e dai dati clinici l'A. conclude per l'esistenza reale di sindromi leucemiche miste come dimostrerebbero anche i casi analoghi di Bickel, Pleuge ed altri. Unendo tutte queste osservazioni si ha la chiara dimostrazione delle varietà sotto cui può presentarsi la linfoadenosi mielosica: questa sindrome leucemica non riveste caratteristiche cliniche particolari, ma il suo quadro ematologico ci permette di differenziarla nosograficamente dalle comuni leucemie sia mieloidi che linfoadenoidi: essa ha come base anatomopatologica delle lesioni primitive di tutto il sistema mielo-linfopoietico, costituite da una iperplasia ed un arresto di maturazione di tutti gli elementi del sistema, oppure dall'aplasia di uno o due sistemi e l'iperplasia degli altri.

Si potrebbe obiettare che la reazione mielosica riscontrabile in una linfoadenosi sia soltanto espressione terminale nella evoluzione di tali leucemie, ma lo studio della formula ematologica col metodo dell'arricchimento ha dimostrato come una reazione mieloide si possa avere anche in leucemie linfatiche a decorso cronico.

Se si pensa inoltre alla possibilità dell'origine emoistioblastica della serie linfatica e alla certezza di questa origine per gli elementi mieloidi si potrebbe, secondo l'A., considerare tutte le emopatie come emoistioblastosi.

G. LA CAVA.

Anomalie nella reazione a certi stimoli dei leucociti (quadro ematico leucemioide, leucemico atipico e leucopenico).

(W. P. THOMPSON. *The Amer. Journ. of the Medic. Sciences*, settembre 1931).

I leucociti reagiscono con leucocitosi o con leucopenia ai vari stimoli, siano essi sostanze estranee all'organismo o prodotti di un processo infettivo. Così nelle varie infezioni si può avere leucocitosi (nella polmonite), leucopenia (nel tifo), eosinofilia (nella trichiniasi). Nelle infezioni gravi si possono anche vedere giovani polimorfonucleati, e anche mielociti e qualche volta rari mieloblasti. Il comparire di leucopenia in infezioni che dànno leucocitosi è considerato di grave significato prognostico.

Il Thompson ha osservato alcune anomalie nella reazione leucocitaria.

Un caso riguardava un giovane di 19 anni, che presentava un processo suppurativo e cangrenoso di un testicolo con numero di globuli bianchi normale (5800-6600) e con linfocitosi tra 70 e 72 %. Un altro caso era quello

di un uomo di 26 anni con mal di gola e febbre, e 7900 leucociti, di cui 79 % polimorfonucleati, 15 % mielociti e 1 % mieloblasti. In questo ammalato si ebbe di nuovo reperto di mielociti 6 mesi dopo, in un nuovo attacco di mal di gola.

L'A. riferisce anche di una negra, quarantottenne, luetica, con aneurisma dell'anonima, con febbre e dolori al torace da sei giorni, la quale presentò 36,000 leucociti, con 85 % polimorfonucleati, 12 % mielociti e mieloblasti, reperto che scomparve rapidamente colla cura antiluetica; poi di un uomo con febbre ghiandolare e che presentò leucopenia seguita da grave leucocitosi e relativa linfocitosi.

Egli riferisce di una bambina con stomatite ulcerosa, 2400 leucociti e di questi il 63 % immaturi; all'autopsia si vide che si trattava di tubercolosi dei gangli linfatici, del fegato, della milza, del rene, delle tube di Falloppio e dei polmoni. Reperto ematico di leucociti immaturi fu notato in un altro caso di tubercolosi in un adulto.

In un malato che all'autopsia presentava il quadro tipico della leucemia mieloblastica acuta era stato trovato in vita questo reperto ematico: 13.000 leucociti, 9 % polimorfonucleati, 48 % linfociti, 43 % mieloblasti. In un altro, con quadro anatomico di leucemia acuta, erano stati trovati 26.000 leucociti con rari mielociti.

Il Thompson espone anche 7 casi di agranulocitosi, malattia che egli osservò in rapporto con processi infettivi e che ha un quadro ematico che non si osserva comunemente nelle infezioni. R. LUSENA.

FEGATO.

Studio sulla insufficienza epatica.

(F. GALLART - MONES e J. FONTEUBERTA - CASAS. *La Presse Médicale*, 23 settembre 1931).

Nello studio della insufficienza epatica bisogna tener conto di molteplici fattori: l'importanza e la diversità delle funzioni del fegato; le sue sinergie funzionali; l'influenza del sistema nervoso; la fragilità del terreno sul quale è costruito tutto questo edificio funzionale.

Donde le difficoltà che si incontrano nella ricerca di metodi che possono soddisfare lo spirito del clinico. Gli AA. hanno studiato particolarmente la quistione nel rapporto presentato al VI Congresso dei medici di lingua catalana giungendo alle seguenti conclusioni:

1) Sono stati inclusi nel quadro della insufficienza epatica dei sintomi che non hanno niente in comune con essa;

2) Per conoscere i sintomi della insufficienza epatica e per studiare e giudicare i metodi di esplorazione del fegato è necessario conoscere esattamente la fisiologia di questo organo;

3) Siccome non si hanno fino ad oggi idee chiare sulla fisiologia dell'organo, non si può nè esigere, nè sperare dalla esplorazione funzionale della ghiandola epatica più di quello che essa possa logicamente dare;

4) Lo studio clinico fatto con cura, è ancora il mezzo più importante per orientare la diagnosi;

5) La esperienza degli AA., fondata sui numerosi casi di malattie del fegato osservati nell'Ospedale di Santa Cruz e San Pablo di Barcellona, permette loro di affermare che quando il criterio clinico è insufficiente per stabilire una diagnosi di insufficienza epatica, l'esplorazione funzionale non risolve meglio il problema.

Tutte le attuali conoscenze sulla fisiopatologia della maggioranza degli organi derivano da osservazioni fatte in soggetti ai quali l'organo in studio era stato estirpato.

Ma per quello che riguarda il fegato questo metodo non ha dato finora risultati data la difficoltà di ottenere la sopravvivenza di animali ai quali venga estirpato il fegato.

Si è perciò per ora obbligati a contentarsi dello studio delle alterazioni semplici del fegato. Come prova del disorientamento che regna nello studio dell'insufficienza epatica basterà citare le opposte conclusioni cui sono giunti da una parte Alcobé Noguer e da l'altra la scuola di Minkowski nei riguardi dello studio sperimentale sulla patogenesi dell'ittero fenilidrazinico. Mentre la scuola di Minkowski considera la bilirubinemia dei cani intossicati con la fenilidrazina come di origine epato-cellulare perchè erano state riscontrate lesioni parenchimatose nel fegato, Alcobé conclude che l'ittero provocato nei cani dalla fenilidrazina non è di origine epato-cellulare, perchè le cellule parenchimatose restano intatte durante tutto il decorso dell'intossicazione.

E così pure è bene ricordare in quanto favore sia stata tenuta la funzione proteopessica, mentre oggi è caduta in completo disuso.

Si utilizza frequentemente in clinica, per l'esplorazione delle funzioni del fegato, lo studio dell'eliminazione dei coloranti: i più usati sono: la tetra-cloro-fenoftaleina e il rosa bengala. Secondo Villemin, allievo di Fiessinger, il rosa bengala è il più soddisfacente di tutti i colori usati per esplorare il fegato: esso è eliminato in modo elettivo dal fegato e quasi completamente. L'utilità diagnostica ne è considerevole, più discutibile ne è l'utilità prognostica: è impossibile dire che la gravità dell'insufficienza epatica è parallela al tasso ritenzionale.

Ciò è in rapporto alla sinergia funzionale del fegato. È perciò necessario non contentarsi della prova del rosa solo, ma esplorare le altre funzioni.

È difficile stabilire quale funzione esplori esattamente il rosa bengala.

I nostri AA. confessano di non avere una grande esperienza sulla eliminazione del rosa bengala, ma d'averne invece sulla eliminazione della fenol-tetra-cloro-ftaleina. Per essi la prova di Rosenthal o della f. t. c. f. non ha alcun valore prognostico: infatti le più grandi ritenzioni si notano nell'ittero catarrale che è una malattia benigna, mentre le più deboli si osservano nelle malattie incurabili come il cancro o la cirrosi.

Al termine del loro lavoro, dopo di avere elencati i numerosi sintomi clinici della insufficienza epatica (generali, nervosi, vascolari, dolorosi, cardiaci, renali), gli AA. osservano come non ve ne sia uno che possa far fare con sicurezza la diagnosi di insufficienza epatica.

La prova più convincente della fragilità dello studio della insufficienza epatica è fornita dalle innumerevoli tecniche proposte per il suo studio: metodi tutti caduti l'uno dopo l'altro per difetto di una base solida.

VICENTINI.

La sindrome d'intossicazione cerebro-meningea nel corso delle cirrosi.

(N. FIESSINGER. *Revue Belge des Sciences Médicales*, aprile 1931).

Nel corso dell'evoluzione delle cirrosi, si osserva tutta una serie di sindromi tossiche che troppo schematicamente sono state inglobate nel quadro molto elastico della grande insufficienza epatica, senza cercare di determinarne la natura. Queste sindromi devono, a parere dell'A., essere classificate in sindromi meningee e sindromi cerebrali. Esse sono spesso intimamente associate fra loro e sono caratterizzate dalla diffusione delle alterazioni, dalla loro possibile regressione quando il malato non è troppo avanzato nella evoluzione della sua cirrosi, e dalla mancanza di alterazioni citologiche del liquido cefalo-rachidiano, che presenta inoltre albumina e urea normali.

Sembrerebbe, a prima vista, logico ammettere come causa di questi fenomeni una intossicazione generale di origine renale. Spesso, in effetti, nel periodo di aggravamento delle cirrosi, la diuresi diminuisce e si può osservare la comparsa di edemi declivi; ma non si osservano mai nè azotemia nè disturbi funzionali del rene. L'intossicazione in causa è di natura diversa e l'A. crede di averla scoperta nello studio della polipeptidorachia.

È una nozione indiscutibile della fisiologia che il fegato fissa i polipeptidi derivati dalla digestione intestinale o dalla citolisi muscolare. Questa polipeptidopessia è il preludio della trasformazione di cui l'ureogenia è l'atto finale. Se si compara il tasso dei polipeptidi con quello dell'azoto totale, non proteico, si stabilisce un rapporto che può essere denominato *rapporto d'imperfezione di scissione*.

L'A. ha studiato, con Olivier e Herbain, questo rapporto nel siero e nel liquido cefalorachidiano ed ha notato che esso si eleva nelle insufficienze epatiche, senza essere apprezzabilmente modificato nelle insufficienze renali pure. Questa constatazione ha permesso all'A. di affermare che nella insufficienza renale le ritenzioni azotate sono totali, al contrario di ciò che si osserva nel corso dell'insufficienza epatica.

Nelle grandi insufficienze epatiche si osserva una elevazione nel sangue del tasso dei polipeptidi rispetto all'azoto totale non proteico, ciò che crea l'elevazione dell'indice di insufficienza di scissione. Si può produrre in questi casi una elevazione della polipeptidorachia. Quando l'insufficienza epatica si accompagna alla sindrome cerebro-meningea, si osserva costantemente nelle cirrosi una elevazione della polipeptidorachia ed un'elevazione dell'indice di insufficienza di scissione rachidiano.

Ora, questa polipeptidorachia sembra esercitare sui centri nervosi una influenza tossica manifesta.

L'A. crede pertanto di poter concludere che gli accidenti nervosi, cerebro-meningei, osservati alla fine delle cirrosi possono essere attribuiti all'elevazione anormale della polipeptidorachia rispetto all'azoto totale non proteico, elevazione che esprime il disordine provocato nel metabolismo azotato dalla insufficienza funzionale del fegato.

C. TOSCANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI

G. Bertolini. *Ispezione delle carni. Malattie del bestiame da macello.* Vol. V. del *Trattato italiano d'Igiene.* Un vol. in-8° di 788 pag., 332 fig. a parte in più colori. Unione tipografico-editrice. Torino, 1931. Prezzo L. 95.

Abbiamo già dato a suo tempo notizia della prima parte (Igiene generale) della pregevole opera che il prof. Bertolini ha dedicato alla ispezione delle carni. In questo secondo volume, l'A. si occupa della parte speciale, vasto argomento che comprende questioni del massimo interesse per l'igiene per i varii problemi che suscita. Il carbonchio, l'afta epizootica, le pasteurellosi, la febbre melitense, la cisticercosi, e tante altre malattie di grande importanza per la possibile trasmissibilità all'uomo e che devono quindi essere riconosciute da chi ispeziona le carni, sono trattate in questo volume.

I primi quattro capitoli riguardano le malattie di infezione e di infestione. Segnaliamo in questa parte, per la sua importanza pratica e per la vasta trattazione che giustamente gli ha dato l'A. (circa un centinaio di pagine), la tubercolosi, che è esaminata in tutti i suoi aspetti anatomo-patologici ed in tutte le questioni riguardanti la trasmissibilità all'uomo. Molto opportunamente l'A. insiste sulla utilità di conoscere bene la topografia delle linfoghiandole (a cui aveva già accennato nel primo volume) e sulla necessità che l'esame ed il conseguente eventuale sequestro siano fatti con criterii scientifici e non con quelli empirici che troppo spesso si seguono e che portano talora ad un inutile sequestro di parti che potrebbero essere consumate senza pericolo.

Nel quinto capitolo, l'A. si occupa delle malattie comuni (del ricambio, sangue, tumori, ecc.); nel sesto, descrive le alterazioni speciali dei tessuti ed organi, fornendo così allo studioso un piccolo trattato di anatomia patologica, di grande utilità per l'ispettore delle carni.

Nei diversi capitoli sono sempre fatti precisi riferimenti alle disposizioni di legge.

Solo un uomo dalla larghissima esperienza e dalla vasta coltura del prof. Bertolini poteva darci un trattato come questo, chiaro preciso ed esauriente. *fil.*

Guy D'Aveline. *Mémoires d'un délégué sanitaire.* Un vol. in-16°, di 378 pagg. con tav. e carte. N. Maloine, éd. Paris, 1931. Prezzo frs. 20.

Vita movimentata questa del Dott. Suleiman Gazala Bey, nato a Bagdad nel 1853, laureatosi in medicina a Parigi, medico Sanitario della Mesopotamia, Siria, Tripolitania, Delegato Sanitario alla Corte di Persia. Affermata dapprima con una felice estrazione di forcipe la sua valentia in ostetricia, lotta poi coraggiosamente contro gravi epidemie di peste e di colera e, più che contro il flagello, contro l'ignoranza ed il malvolere che minacciano troppo spesso di far cadere nel vuoto le misure profilattiche da lui prese.

Tutte le fasi della sua vita vengono qui descritte in una specie di diario con molti particolari di scarso interesse ma, ad ogni modo ne viene lumeggiata abbastanza bene la mentalità di quei popoli e di quei tempi.

Nella seconda parte sono riportati parecchi rapporti sulla epidemiologia speciale del colera e della peste.

Il libro era stato scritto originariamente in arabo ed è poi stato tradotto dalla vedova del Gazala Bey, scrittrice essa stessa sotto lo pseudonimo di Guy D'Aveline.

Il Dott. Gazala Bey era medico sanitario del vilayet di Tripolitania durante la nostra occupazione di Tripoli nel settembre 1911 e venne evacuato la sera stessa dell'entrata delle nostre truppe. Egli ha anche scritto diversi trattati di filosofia, sociologia, economia politica, commedie, ecc. *fil.*

The Rockefeller Foundation. Annual Report, 1930, un vol. in-8°, di 380 pagg. con una tav. e tre figg. 61 Broadway, New York.

Questo resoconto annuale per il 1930 dimostra la grande attività, che si estende per campi sempre più vasti, di questa benefica Fondazione rigidamente e saggiamente amministrata. Si tratta di circa 16 milioni di dollari spesi per istituti diversi del tipo universitario, per ricerche scientifiche, per opere sociali diverse.

Nella parte dedicata alla *salute pubblica*, troviamo la descrizione delle ricerche compiute sulla febbre gialla, la malaria, l'anchilostomiasi e sull'istruzione degli igienisti. Per le *scienze mediche*, sono da menzionare gli aiuti forniti a Facoltà ed Istituti di medicina e per l'istruzione delle infermiere. Così per le *scienze fisiche e naturali*, ricordiamo i sussidî per le pubblicazioni e per le ricerche metereologiche, oceanografiche, ecc., per quelle *sociali*, gli studî sulla disoccupazione, sui rischi industriali e per quelle *umanistiche*, lavori di filologia, di archeologia, di bibliografia. *fil.*

C. Diez Fernandez. *Enfermedades de los viejos.* Un vol. in-16°, di pagg. 250. J. Morata ed. Madrid, 1931.

Troppo spesso trascurata, la cura delle malattie dei vecchi, che bisogna riconoscere talvolta ingrata e tutt'altro che agevole perchè assomma in sè le conseguenze di molti decenni di vita, deve invece richiamare la vigile attenzione del medico il quale, anche in que-

sto campo, può portare la sua opera benefica. Una buona conoscenza di questo argomento, del resto, può essere di grande utilità anche per saper conoscere a tempo le malattie e conservare abbastanza a lungo un soddisfacente stato di salute.

Molto opportunamente l'A. ha quindi trattato questa branca della medicina e l'ha trattata da vero pratico per i pratici. In un capitolo d'introduzione, abbozza le linee generali di questa patologia, passando poi alla parte speciale: apparato respiratorio, circolatorio, digerente, uropoietico, sistema nervoso, endocrino, malattie infettive, del sangue, del metabolismo.

L'attenta lettura di questo libro, pieno di buoni consigli e di sennate osservazioni sarà di grande utilità per il medico. A. F.

TRIBUNA LIBERA

Possibilità di suscitare sindromi di anafilassi attiva locale.

Replica al prof. Torindo Silvestri.

Non intendo discutere la forma dell'articolo del prof. Torindo Silvestri.

Per quanto riguarda la sostanza, nell'esporre ricerche sperimentali, nuove anche come concetto, sulla possibilità di suscitare sindromi di anafilassi attiva locale, le facevo precedere da un breve « cappello » in cui in sintesi erano esposte le pubblicazioni che mi hanno preceduto. Fra le altre in prima linea, riportavo l'ipotesi formulata nel 1912 dal Silvestri e da lui poi più volte ripetuta e riassunta.

Nel citare per l'appunto la prima nota anzichè le successive, davo, con intenzione, il massimo risalto all'ipotesi di quest'Autore, il cui merito consiste principalmente nell'epoca (1912) in cui essa ipotesi venne formulata.

E se subito dopo notavo che « questo concetto riappare qua e là nella letteratura incidentalmente menzionato, ma non fu, a mia nozione, mai fatto oggetto di ricerche sperimentali e nemmeno di organiche osservazioni cliniche » non dicevo nulla di men che esattissimo, perchè tali ricerche in realtà non esistono e tanto meno esistono ad opera del prof. Silvestri.

Nel citare quindi come proprio *io solo* tra i molti cultori dell'argomento avevo fatto anche in altre e precedenti pubblicazioni, la nota del Silvestri, nota che colle mie attuali ricerche nulla ha di comune, compivo un non necessario atto di cortesia, evidentemente sciupato verso quest'Autore, che deve certo essere il più saccheggiato fra gli Autori italiani, almeno a giudicarne dallo strabiliante numero di polemiche e rivendicazioni di priorità contro tutti e contro tutto, di cui ogni anno infiora i giornali italiani.

Mi rincresce di non poter più per l'avvenire contribuire a tale interessante esercizio dialettico, ma per parte mia ho inteso con queste righe di mettere un punto fermo a siffatto genere di polemiche, che, ad esser cortesi, non saprei se definire più vane od ingiustificate. GUIDO MELLI.

Richiami storici sulla profilassi della malaria.

A proposito del cenno necrologico su L. W. Sambon pubblicato nel n. 43 di questo periodico, la sig.ra Anna Celli e la sig.na Isabella Grassi ci scrivono una lettera per protestare contro la seguente frase: « che egli (il Sambon) introdusse nella campagna romana la protezione meccanica coll'esperimento fatto da lui e dai suoi compagni nel 1900 ad Ostia mare »; ma questa frase non figura menomamente nel nostro scritto!

Per quanto la suindicata protesta ci stupisca non poco, tuttavia desideriamo dare in proposito qualche utile chiarimento.

La lettera indirizzataci ha evidentemente il principale scopo di documentare che la protezione meccanica contro la malaria era già stata introdotta da A. Celli e da B. Grassi, in quanto il Grassi fin dall'agosto 1899 aveva trascorso 8 notti in luogo molto malarico, entro un casello con finestre « permanentemente aperte, protette soltanto da una rete metallica piuttosto rada », senza contrarre l'infezione; e nell'estate del 1899 il Celli aveva compiuto, lungo due tratti ferroviari, esperienze di protezione meccanica, le quali avevano attirato l'attenzione di Manson e d'altri medici inglesi, recatisi sul luogo. Le due autrici ne desumono che l'esperienza successiva di Ostia « per gli italiani non ebbe nessuna importanza pratica ».

È bene rilevare che i meriti del Celli in questo campo sono ancora anteriori a quanto è sopra indicato. Difatti fino dal 1898 per consiglio del Celli il Fermi aveva applicato la difesa meccanica personale, in Palude Pontina; e durante la successiva primavera il Celli avviò la prima regolare e metodica esperienza di protezione meccanica delle abitazioni, in 4 case cantoniere ferroviarie. Questa esperienza fu poi continuata dal Celli nel corso dell'anno. Intanto altre ne furono compiute dai suoi allievi Di Mattei (in Sicilia) e Fermi (in Sardegna). In quel tempo anche il Grassi si sot-

topose personalmente all'esperienza ricordata. Le prove furono riprese nella stagione malarica successiva.

Il valore dell'opera di Celli e Grassi in tale campo è notevole ed incontestabile: un commovente sentimento di affetto coniugale e filiale ha indotto le due scrittrici a metterlo in rilievo; ma ci sembra che per esaltarlo non occorra svalutare l'esperienza di Ostia, la quale fu condotta con rigore ed ebbe un'importanza decisiva.

Va notato che i soggetti difesi nella prima esperienza del Celli abitavano già in zona malarica e quindi erano abituati a prendere la chinina: si poteva presumere che questa avesse parte nel tener lontane le infezioni. Tra i 24 soggetti difesi, si ebbero purtroppo 4 casi di malaria, attribuiti al pernottamento all'aperto, ma che rendevano meno significativi i risultati. Quanto alla prova surriferita di Grassi, riguardò una sola persona e durò pochi giorni, il che ne riduce il valore pratico. E così via.

Con molto buon senso e con scrupolosità il Procaccini ebbe, fin da allora, a designare quelle esperienze « di orientamento ». Come tali, avevano molto valore; ma non erano decisive, come ebbe a dichiarare lo stesso Grassi con l'ammirevole probità scientifica che distingue tutta la sua opera. Anche prove ulteriori non furono convincenti, per una malaugurata sovrapposizione di esperienze: così a Piana di Capaccio il Grassi praticò in primo tempo la cura e successivamente la protezione meccanica, per modo che riusciva difficile sceverare la parte di ciascuna di esse.

L'esperienza di Ostia, condotta linearmente, fu considerata cruciale per quanto riguarda il compito vettore delle zanzare ed avvalorò l'importanza della difesa meccanica, in quanto questa si dimostrò pienamente efficace da sola, in una località molto malarica, durante il periodo più pericoloso dell'anno ed in più persone, le quali erano indenni da malaria e non facevano uso di chinina (oltre ai dottori Sambon e Low e al disegnatore Terzi, anche due inservienti, nonchè qualche ospite occasionale). La difesa meccanica assunse, poi, uno sviluppo poderoso per opera di Grassi e di Celli, due condottieri nel campo degli studi e della profilassi della malaria.

Come al solito, lo sviluppo delle nostre conoscenze è stato graduale ed è derivato dall'opera di parecchi; cosicchè, per quanto si voglia essere meticolosi, non sempre si riesce a sceverare con rigore la parte dovuta a ciascuno. L. V.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Associazione Medica Triestina.

Circolo di Cultura del Sindacato Fascista Medici.

Riunione scientifica del 30 ottobre 1931.

Presidente: Dott. A. COFLERI.

Azione dei raggi X sulla prole.

Il prof. JACCHIA dà relazione di una risoluzione che le Società tedesche di Scienze dei problemi ereditari e di igiene della razza (Eugenica) hanno votato al 15 settembre 1931.

La Società si è occupata nel Congresso adunatosi a Monaco dal 13 al 17 settembre 1931, del problema dei *mutamenti ereditari provocati dai raggi Röntgen*. In base al grande numero di esperimenti esatti parve accertato un danneggiamento della massa ereditaria per effetti dei raggi Röntgen. Si è stimato perciò doveroso di segnalare insistentemente ai medici tedeschi il pericolo che incombe alla discendenza a seguito di irradiazioni delle ghiandole genitali specialmente usate per la cosidetta sterilizzazione temporanea. Si tratta di danni alla massa ereditaria, che al caso si manifestano appena dopo generazioni.

A questa risoluzione della Società di Scienze dei problemi ereditari si associò unanimemente la Società tedesca di igiene della razza (Eugenetica) nella sua seduta plenaria del 18 settembre.

Neo vascolare congenito, considerazioni patogenetiche.

Il dott. LEONE EPSTEIN presenta una paziente di 50 anni con neo vascolare congenito da un lato del dorso e erpete zoster intercostale dall'altro, perfettamente identico come una immagine riflessa sulla localizzazione, estensione e configurazione eccettuata una certa asimmetria nella parte mediana, dovuta a scoliosi.

Questa coincidenza di fatti si presta a deduzioni sulla patogenesi del neo e parla per l'origine neurogena e contro una malformazione metamerica.

La sede d'inizio della tisi cronica dell'adulto.

Dott. G. BATTIGELLI. — Riferendosi al IV Congresso Nazionale tenutosi recentemente a Bologna, ricorda le varie opinioni tuttora in discussione. Riferisce quindi su personali ricerche eseguite in collaborazione del dott. Goldstein nel Dispensario Consorziale centrale di Trieste, ricerche che dettero luogo a due memorie precedentemente pubblicate.

Secondo l'O., l'inizio della tubercolosi polmonare dell'adulto con sintomatologia pseudoinfluenzale, è quanto mai frequente. Le alterazioni rintracciabili radiologicamente in questo periodo sono da ricercarsi sopratutto nelle regioni paravertebrali. Esse rappresenterebbero lesioni soltanto parenchimali, assolutamente indipendenti dal complesso ghiandolare tracheobronchiale.

Descritta l'ulteriore evoluzione di tali lesioni, secondo l'O., caratteristiche, conclude accennando alle proprie vedute nei riguardi del problema della reinfezione.

Intervennero nella discussione il dott. MORO e il dott. BUGLIARELLO.

Riunione scientifica del 6 novembre 1931.

Presidente: Dott. A. COFLERI.

Allergia e immunità nella tubercolosi (Conferenza).

Prof. ALBERTO ASCOLI. — Premette che esporrà le sue idee personali sull'argomento, conquistate in un lustro di studi. Egli rileva l'importanza della distinzione fra forme culturali e forme animali dei bacilli in genere, dei bacilli tubercolari in ispecie.

La reattività del tubercoloso non è specifica per la tubercolina, ma consiste in una disposizione all'infiammazione dell'organismo allergizzato.

Il vaccino antitubercolare ha la facoltà di attrarre verso il focolaio locale i bacilli circolanti nel sangue ove si estinguono. Questo fenomeno, detto dell'anacoresi, è stato particolarmente studiato dall'O. Così spiega il ritrovamento di bacilli tubercolari virulenti al luogo dell'iniezione del bacillo di Calmette, quando siano stati trattati con questo mezzo degli individui già contagiati di tubercolosi.

L'illustre O. fu attentamente seguito nella brillante e dotta esposizione dei suoi concetti originali nella difficile materia e fu rimeritato da calorosi applausi.

Il Segretario: Dott. L. WINTERNITZ.

Società di Coltura Medica Novarese.

Seduta dell'8 ottobre 1931.

Presidente: Prof. PAOLO PIETRA.

Il sintomo di Argyll-Robertson unilaterale.

Prof. G. LODDONI. — L'O. descrive due casi di Argyll-Robertson unilaterale, entrambi dovuti a traumi. Mentre per uno la natura traumatica nel cranio spiega il sintomo di Argyll-Robertson, per l'altro, per avere il trauma contuso il bulbo, classifica il fenomeno pseudo Argyll-Robertson attribuendone la causa a lesione iridea. Espone e critica i varii schemi dagli AA. proposti a spiegare il sintomo di Argyll-Robertson.

Prof. G. VERCELLI. — A proposito di Argyll-Robertson in affezioni del neurasse non dipendenti dalla lues, richiama l'attenzione sul valore localizzatore che questo segno sembra assumere in seguito ad ormai numerose osservazioni anatomo-cliniche di dissociazione dei riflessi oculari per lesioni ben delimitate della calotta peduncolare.

Ricordati i casi di Guillain, di K. Wilson e loro collaboratori, quello recentissimo di Moreau, Bertrand-Fontaine e Garein da ascesso pneumococcico della calotta, cita un caso di recente osservato — e visto dal Loddoni stesso — in cui l'Argyll-Robertson fu il primo dei diversi sintomi a carico della mobilità oculare (abolizione del riflesso della convergenza, paralisi dei movimenti di verticalità, ecc.) che permisero di porre con una certa sicurezza la diagnosi di tumore del mesencefalo.

Prof. P. A. MEINERI. — *Presentazione di casi clinici.*

Prof. P. A. MEINERI. — *Ha la cute una secrezione interna?* — Discussione: Prof. BACIALLI.

Miomectomia preliminare ad isterectomia.

Prof. L. BACIALLI. — A proposito della necessità quasi assoluta di dover asportare un mioma intralegamentoso od a carico delle pareti posteroantero o laterali dell'utero immediatamente prima della relativa isterectomia, l'O. presenta un voluminoso tumore fibroso intralegamentario del peso di 4870 grammi.

Esso era a carico della parete postero-laterale destra dell'utero, questo trovavasi quindi al di sopra del tumore ed era stato ritenuto all'esame esterno come un nodulo sottosieroso. Per lo sviluppo del tumore, per il suo volume, per il decorso anomalo dell'uretere destro si rese necessaria l'asportazione del fibroma resecandone la sua connessione con l'utero; solo così si potè procedere immediatamente dopo alla regolare isterectomia. Il decorso postoperatorio fu dei più normali.

Anemia perniciosa progressiva con sindrome di mielite funicolare.

Dott. DIEGO CANTONE. — Ne descrive un caso: giovane di 27 anni con reperto ematologico interessante per la presenza oltre che degli elementi morfologici caratteristici dell'anemia perniciosa (macrociti ipercromici, megaloblasti ortocromatici ed anche di qualche tipico megaloblasto basofilo), di numerosi microciti ipocromici con spiccatissima poichilocitosi, tanto che il valore globulare è sempre stato leggermente inferiore all'unità.

Il paziente in condizioni assai gravi di anemia ha reagito in modo veramente meraviglioso alla terapia epatica con fegato fresco ed in 50 giorni di cura i globuli rossi sono aumentati da 900.000 a 4.150.000 ed il peso da Kg. 51,500 a Kg. 57.

Riporta poi altra casistica clinica.

Il prof. PIETRA a proposito del 1° caso ricorda la relativa frequenza segnalata in questi ultimi tempi di associazioni di complicanze nervose all'a. p. pr. (nella maggioranza dei casi mielite funicolare). Anche la prognosi di queste complicanze parrebbe migliorata specie in seguito all'uso degli estratti di fegato iniettabili, recentemente introdotti in terapia (estratto di fegato Gäusslen, Hepatopson, ecc.).

Circa un caso di aneurisma, fa presente come la prognosi delle lesioni aneurismatiche sia migliorata in seguito all'introduzione degli arsenobenzoli in terapia. La cura antiluetica deve essere applicata in ogni caso di aneurisma anche se la R. W. è negativa.

Il Segretario: Dott. LUIGI FERRERO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

L'esame radiologico delle arterie, delle vene e delle cavità patologiche con l'uroselectan.

L. Caporale e A. Foà (*Minerva Medica*, 22 settembre 1931), hanno studiato la arteriografia nell'uomo e negli animali servendosi di una soluzione di uroselectan al 20 %.

Hanno da prima controllato la tossicità dell'uroselectan ed anche dell'umbra per le pareti vasali e per la sostanza cerebrale in cani di grossa taglia e in conigli, iniettando tali sostanze nella carotide interna: gli animali non ebbero disturbo alcuno e su di essi, poi sacrificati, non furono riscontrate lesioni a carico dei vasi e della sostanza cerebrale.

I risultati radiologici furono però mediocri perchè apparvero iniettati solo i grossi vasi e qualcuno solamente dei minori.

Soddisfacenti invece sono state le arteriografie degli arti sempre ottenute in animali: gli AA. sono riusciti a mettere in evidenza i tronchi principali con le relative diramazioni.

Ottimi sono stati pure i flebogrammi degli arti ottenuti su conigli adulti, nei quali apparvero evidenti grossi e piccoli vasi venosi.

Per le esperienze sull'uomo fu sempre adoperato come mezzo opaco l'uroselectan per ottenere flebografie degli arti. Furono eseguite flebografie degli arti superiori ed inferiori in numerosi individui ad apparato venoso integro. Dal loro esame gli AA. hanno constatato che esiste grande differenza nel decorso dei vasi venosi, che varia da individuo a individuo e da lato a lato. Iniettando liquido opaco nelle vene è possibile avere una immagine radiografica di tutto l'albero venoso di un dato territorio e rendersi conto così del decorso, e del calibro dei vasi, nonchè dello stato delle valvole e del tono vasale.

Assai utile è lo studio delle varici superficiali e profonde specie degli arti inferiori mediante la flebografia. Gli AA. hanno ottenuto in più casi l'imagine radiologica di tutta la safena, avendo così la dimostrazione radiologica del fenomeno dell'insufficienza valvolare e delle modalità patologiche del circolo venoso nell'arto. Degni di nota sono i ben riusciti flebogrammi che gli AA. riproducono nel loro lavoro.

Essi hanno anche adoperato l'uroselectan nello studio di seni fistolosi e cavità patologiche ottenendo dati preziosi per la diagnosi, la prognosi e la cura. VICENTINI.

CASISTICA E TERAPIA.

Alcune osservazioni di insufficienza respiratoria.

Sono alcuni casi riportati dal Dupasquier nel *Journal de médecine de Paris*, anno L, n. 27) e molto significativi specialmente per il medico pratico.

Si tratta di insufficienza respiratoria di varia origine, a seguito di ostruzione nasale, di pleurite, di infiammazione broncopolmonare, di deformazione toracica, di atonia muscolare, casi che non richiamano l'attenzione perchè non hanno nulla di acuto, perchè non fanno soffrire i malati.

Un primo caso era rappresentato da un tredicenne che a 5 anni aveva sofferto di broncopolmonite pertussoide: peso di Kgr. 31,300, altezza 1,43; espansione toracica di 4 cm.; la capacità vitale di 1700 cc. Rieducazione respiratoria e dopo un mese comincia il miglioramento, dopo due l'appetito è aumentato, il peso è di Kgr. 32,800; l'altezza di m. 1,46; l'espansione toracica è di cm. 7; la c. v. di 2000 cc.

Un undicenne precedentemente affetto da empiema presenta una retrazione toracica con espansione a sinistra di 2 cc. e a destra di 3 cc. Capacità v. 1000 cc. Allenamento respiratorio razionale: dopo sei mesi il peso è salito da 28,450 a 36,100; l'altezza da 1,39 a 1,45; l'espansione toracica a 6 cm.; la c. v. a 1500.

Quest'osservazione mostra l'importanza della rieducazione respiratoria dopo le pleuriti, rieducazione da cominciare il più presto possibile e da seguire pel maggior tempo: i risultati sono incomparabili.

Un ragazzo di 15 anni, classificato come adenopatico e sclerosi polmonare, in due mesi di rieducazione respiratoria guadagna Kgr. 4,500; 400 cc. di c. v.; dopo un anno aveva guadagnato Kgr. 10; cm. di altezza 10,5; 1100 cc. di c. v., ottenendosi una vera trasformazione.

In altri casi la insufficienza respiratoria è puramente nasale: permeando il naso si guariscono tutti i disturbi. Un tale si lagna di avere sempre il naso chiuso; respira con la bocca, russa la notte. Il bambino è nervoso, e affanna facilmente. Cornetti inferiori aumentati; reazione congestiva intensa d'ambo i lati.

La permeabilità nasale misurata al rinomanometro di Beyne è insufficiente perchè dà 21 cm. d'acqua. Espansione toracica di 3 cm.; c. v. di 1900 cc. Dopo otto sedute di dilatazione nasale la permeabilità nasale è normale (12 cm. d'acqua). Il bambino respira bene, non russa, corre facilmente, non affanna. Il peso è aumentato di Kgr. 1,200; l'espansione toracica è di cm. 6,5; la c. v. di cc. 2,500.

L'insufficienza respiratoria deve essere tenuta sempre presente, specie nell'infanzia; costituisce una infermità noiosa la respirazione buccale; per guarire la insufficienza respiratoria basta ricercarne la causa e trattarla convenientemente, con i semplici metodi dei quali noi disponiamo, metodi che vanno per altro applicati solo dal medico con razionalità. MONTELEONE.

L'utilizzazione della caffeina nel trattamento della inibizione del centro respiratorio.

A. Binet e A. Arnaudet (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 26 genn. 1931) riportano una prima serie di ricerche sperimentali che dimostrano gli effetti notevoli che la caffeina, introdotta per via circolatoria, esercita sul centro respiratorio inibito. Essi si sono serviti del metodo preconizzato da I. F. Heymans e C. Heymans e consistente nell'irrorare con il sangue di un donatore la testa del cane isolata dal corpo.

In due cani A. e B., convenientemente scelti (A più grosso di B), ambedue anestesizzati, le due arterie carotidi e le due vene giugulari sono isolate e poi anastomizzate per mezzo di cannule di Payr. D'altra parte per strozzamento si determina la morte per asfissia del tronco di B. La testa, isolata ed irrorata, continua a vivere per ore e presenta dei movimenti respiratori che possono essere registrati con l'iscrizione dei movimenti laringei. Tale dispositivo è particolarmente adatto per studiare l'azione diretta di varie sostanze sul centro respiratorio della testa isolata.

Gli AA. hanno studiato gli effetti della caffeina sulla testa isolata ed irrorata del cane, di cui la respirazione o si era spontaneamente arrestata o fortemente rallentata oppure era stata depressa con iniezioni precedenti di morfina o di codeina. Iniettando in una delle carotidi che anastomizzano i due animali, una soluzione di caffeina (gr. 0,10), i movimenti respiratori riprendono, se prima erano cessati, o si fanno più ampi se si erano affievoliti.

Queste esperienze dimostrano il potere di eccitazione della caffeina sul centro respiratorio arrestato. Una iniezione di caffeina, fatta in circolo, è capace di ristabilire una respirazione inibita.

C. TOSCANO.

Osservazioni sull'empiema toracico.

H. Morriston Davies (*British Medic. Journ.*, 4 aprile 1931), osserva che prima della guerra poca importanza si dava alla natura batteriologica dell'empiema nel senso che si ritenevano uguali l'empiema streptococcico e quello pneumococcico. Ci si contentava anche di distinguere l'empiema tubercolare in cui c'era netta controindicazione ad intervenire, e gli altri empiemi.

In questi ultimi anni, grazie alle maggiori conoscenze sopra tutto di fisiopatologia del pneumotorace aperto, la mortalità per empiema è ridotta notevolmente.

Il mediastino non è rigido, ma è poco resistente alle modificazioni di pressione nelle pleure. Nell'apertura di una cavità pleurica c'è aumento di pressione anche controlaterale e la pressione positiva ostacola l'ingresso di aria dalla trachea nei polmoni. Se non interviene un compenso consistente in maggiore ampiezza degli atti respiratori (anche se non in maggior frequenza del ritmo) si ha morte per asfissia. Se l'apertura del cavo pleurico non è più grande dell'orificio glottideo la pressione rimane positiva nell'espirazione e negativa nell'inspirazione. Inoltre il mediastino si sposta cogli atti respiratori, c'è stasi venosa, notevole perdita di calore dalla superficie pleurica esposta e pericolo di infezione del cavo pleurico.

Questo avviene a torace normale. Nell'empiema cronico il mediastino è per lo più fisso tanto che l'apertura della pleura si può considerare come fatta su cavità extratoracica.

L'empiema da pneumococco è per lo più metapneumonico, compare quando la capacità vitale, ridotta per la polmonite, si fa più ampia e si ha formazione di aderenze dovute alla pleuropolmonite; quindi i pericoli dell'apertura della pleura sono minori. Invece l'empiema streptococcico compare per lo più contemporaneamente alla polmonite e quindi l'apertura della pleura è più pericolosa.

Nella cura dell'empiema la prima cosa da fare è lo svuotamento seguito da introduzione di ossigeno. In alcuni casi gli svuotamenti ripetuti possono guarire l'empiema pneumococcico, l'empiema streptococcico guarisce con questa cura in proporzione notevolmente minore. L'empiema da stafilococco è raro e più grave dei precedenti.

Può ottenersi la guarigione dell'empiema anche col drenaggio permanente e lavaggio della cavità pleurica.

Quando la pleura si è ispessita e il polmone e il mediastino sono stati immobilizzati da aderenze, è il momento di fare interventi più ampi, se la guarigione non si tiene vicina. Si può ricorrere allora o all'incisione semplice della pleura o alla costotomia.

Nell'empiema cronico si deve a volte ricorrere alla mobilizzazione della parete toracica. Qualche volta la cronicizzazione è dovuta a fistola bronchiale che richiederà un intervento.

R. LUSENA.

La polmonite silenziosa del bambino.

Esiste, secondo Mouriquand e Savogne (*Jour. de Méd. de Lyon*, 284, 5 novembre 1931), una forma di polmonite dell'età infantile, che si svolge silenziosamente, senza dare i segni fisici ordinari. Tale mutismo potrebbe durare per tutto il decorso della malattia o esistere solo nei primi giorni.

Talora, con un esame accurato, si riuscirà a mettere in evidenza, in casi simili, una modica riduzione di suono nella regione sottoascellare. Nella maggioranza, invece, l'unico sintoma, sul quale insistono gli autori, è quello della trasmissione più forte del grido. Nei bambini più grandicelli, che non gridano, si farà ripetere più volte la lettera « I », la quale

sarà talora trasmessa, nel focolaio pneumonico, come « E » od « A ».

In tutti i casi studiati, tale esagerazione della trasmissione del grido o della lettera coincidette con la comparsa di una tipica immagine triangolare radiologica.

La causa del mutismo in simili affezioni polmonari sarebbe dovuta alla mancata splenizzazione del tessuto polmonare che circonda il focolaio pneumonico.

Il soffio e la crepitazione, infatti, sono dati unicamente dalla porzione splenizzata e non da quella epatizzata.

Resta tuttavia a spiegare il perchè di questa mancata splenizzazione. M. FABERI.

Il trattamento della polmonite.

Lord Dawson of Penn (*Lancet*, 21 marzo 1931) ha ottenuto buoni effetti con l'uso del siero Felton che è polivalente (tipo I e II), molto concentrato e dà difficilmente reazioni anafilattiche. Lo si usa a dosi di 5 cmc., che contengono 10.000 unità. Per saggiare la sensibilità del paziente al siero, se ne mettono 2 goccie nel sacco congiuntivale; se il paziente è sensibile, dopo un quarto d'ora, si ha arrossamento della congiuntiva. In caso di reazioni anafilattiche, è utile l'iniezione sottocutanea di epinefrina.

Con l'uso di questo siero, si avrebbe diminuzione della mortalità ed abbreviamento del periodo di malattia.

Contro l'anossiemia, è di grande utilità la somministrazione di ossigeno, fatta non già con la maschera, ma mediante un catetere da introdurre nel naso.

L'A. mette in guardia contro l'uso della digitale, che può produrre la fibrillazione auricolare, mentre è molto favorevole all'uso della morfina (come pure della codeina, dell'eroina, ecc.), contro la quale vi erano dei pregiudizi ormai sfatati. Utile è anche l'alcool, specialmente per i pazienti che vi sono abituati; esso attenua l'ansia e favorisce il riposo ed il sonno. *fil.*

Trattamento della gangrena polmonare con l'emetina.

Bouchut (*Le Journal de Médecine de Lyon*, 5 giugno 1931) riferisce due casi di gangrena polmonare trattati esclusivamente con iniezioni di emetina e guariti.

La dose usata è in media di ctg. 4 al giorno fino ad un grammo e mezzo complessivamente. È appunto alla generosità della somministrazione del rimedio che l'A. attribuisce il brillante risultato ottenuto. D'altronde egli non ha mai notato nessun segno di intolleranza per il medicamento (astenia, tremori, dispnea).

L'emetina sarebbe dunque il mezzo più sicuro e più rapido per curare la gangrena polmonare e l'A. si augura di vederne presto generalizzato l'uso. VICENTINI.

IGIENE.

In tema di vaccinazione e di sieroterapia antidifteriche.

Nel III Congresso di Microbiologia tenutosi a Milano nel 1931 giustamente si è vantata, riferisce il Carrelli (*Clinica ed Igiene Infantile, agosto* 1931) l'efficacia della vaccinazione antidifterica, ed egli stesso ha potuto riportare casi personali, che dimostrano i vantaggi ottenuti con l'anatossina difterica di Ramon sopratutto per iniezione.

Le statistiche ormai numerose da noi e all'estero, sull'efficacia della vaccinazione antidifterica hanno un valore fondamentalmente probativo ed incoraggiante, ma si va facendo strada, da qualche tempo, un certo scetticismo nell'impiego della sieroterapia antidifterica, scetticismo che trova una base in attuali pubblicazioni italiane e straniere, sulla speciale frequenza di difterite sieroresistente, di difterite maligna, o addirittura sulla inefficacia dei sieri curativi. Per alcuni autori ciò sarebbe dovuto all'anatossina adoperata in sostituzione della primitiva tossina per preparare il siero curativo; da altri invece allo streptococco che talora prevale, setticamente, sul bacterio della difterite; da altri ancora al genio epidemico esaltatosi.

Ora l'Autore, fa notare quale influenza dannosa a suo avviso possano avere, specie per il medico pratico e per il medico delle campagne, queste discussioni, che possono conferire un certo scetticismo verso l'uso del siero. Se è vero che bisogna tener conto del genio epidemico, se è vero che esiste la difterite maligna, e che l'uso del siero può portare alla malattia da siero, tutto questo non deve essere esagerato, e non deve servire a nascondere una insufficienza del siero, dovuta al soverchio indugio nel suo uso o alla deficienza delle dosi somministrate. Senza dover arrivare alle 50-80.000 unità come qualche autore americano ha preconizzato e parecchi altri già usano (Bre, Gismondi, Comby, Deicher ecc.) l'Autore trova vantaggioso restare tra i limiti di 15, 20, 30.000 unità immunizzanti complessive distribuite in due o tre dosi. Se queste dosi si iniettano nei primi tre giorni della malattia, l'assoluta maggioranza dei casi di difterite viene vinta. Nella sieroterapia antidifterica la migliore è la via endomuscolare mentre non è consigliabile al medico pratico la terapia endovenosa, come la endorachidea.

Anche contro le paralisi postdifteriche, la sieroterapia generosa e precoce rappresenta ancora quanto di meglio possediamo.

L'Autore ritiene che si debba dare grande importanza anche alla sieroprofilassi antidifterica, che si deve contenere in limiti sufficientemente larghi, da 1000 a 2000, 5000-7000 unità a seconda dell'età del soggetto, del genio epidemico, della probabilità d'infezione e conclude che tanto la sieroprofilassi

quanto la vaccinazione sono egualmente utili, applicate al momento opportuno.

La vaccinazione con l'anatossina conferisce l'immunità utile solo dopo tre iniezioni e dopo un tempo dall'ultima iniezione che si può valutare da tre a quattro settimane.

Nelle epidemie di famiglia e di comunità è da usarsi quindi sempre la sieroprofilassi, come il metodo che in pratica risponde rapidamente allo scopo e dà quasi costantemente risultati ottimi. C. NERVI.

Su questi medesimi argomenti ha pubblicato due brillanti e documentati articoli T. Pontano, nella Sez. Medica del nostro periodico (nn. 10 e 12); lo stesso A. ne ha fatto oggetto di due comunicazioni alla R. Accademia Medica di Roma (cf. p. 1483 e 1484). Richiamiamo inoltre la discussione avvenuta all'Accademia di Medicina di Parigi e su vari periodi medici, da noi già prospettata in un articolo comparso nel n. 30.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Vitalità dei germi del tifo. Al dott. M. de V., abb. 1877:

La resistenza dei bacilli di Eberth in alcune condizioni è, secondo gli autori che si sono occupati dell'argomento, la seguente:

Alla luce solare diretta	4-14	ore
All'essiccamento	50-60	giorni
Sul biscotto	30	giorni

Praticamente, però, non è da attribuire eccessiva importanza ai pochi bacilli che possono essere rimasti nella stanza dove è stato un tifoso. Le parti più infette sono il letto (specialmente la biancheria) ed il pavimento. La trasmissione dell'infezione avviene facilmente per contatto diretto del malato o di oggetti da poco insudiciati dal medesimo, mentre quella per mezzo di oggetti di uso, e tanto più di libri, dopo un certo tempo è da ritenersi improbabile. *fil.*

VARIA.

La circoncisione rituale. Origini e motivi.

La circoncisione è una pratica seguita fin dalla più remota antichità, presso i popoli più disparati. Nessun'altra cerimonia a carattere magico-religioso può competere con essa quanto ad importanza ed estensione nel tempo e nello spazio. Europa, Asia, America ed Australia hanno conosciuto questo rito che ai nostri giorni viene ancora celebrato su tutti i continenti da milioni di abitanti; si calcola che, nella sola Africa, si pratichi su circa 200 milioni.

La circoncisione che consiste, come è noto, nell'ablazione del prepuzio, viene spesso accompagnata da cerimonie che servono il più delle volte di commento alla pratica che si sta eseguendo e che dovrebbero costituire, agli occhi dei fedeli, insieme col rito cruento, una sola celebrazione mistica di diverso significato nei vari popoli.

E. Marconi (*Riv. di Storia delle scienze mediche e naturali*, luglio-ag. 1931) esamina quale sia stata la lontana origine di questa pratica a primo aspetto così strana. Egli elimina le ipotesi che essa sia basata su motivi fisiologici (vantaggi igienici, aumento della fecondità o del piacere sessuale) o sia da ritenersi come mutilazione inferta dal vincitore e si sofferma invece su altri due gruppi di motivi, cioè sulla iniziazione o segni di dignità di casta e sulla santificazione dell'individuo.

L'origine lontanissima della pratica va connessa con i riti fallici, di cui è nota l'importanza e la diffusione nei popoli antichi. Le varie rappresentazioni dell'immagine fallica sui bassorilievi, sulle statue, ecc. alludenti a complesse dottrine cosmogoniche note agli iniziati intendevano dimostrare che, adorando le immagini degli organi sessuali, si veniva a glorificare la virtù riproduttiva dell'universo.

Si comprende pertanto che l'immagine degli organi sessuali maschili dovesse essere congiunta, agli occhi di popolazioni abituate a tributare onori divini agli emblemi fallici, ad idee di culto e di santificazione.

Sorta così dai culti fallici, questa autoconsacrazione dei propri organi sessuali, pratica magica, mistica presso i primitivi di America, Australia, Africa, acquistò un carattere sacerdotale e spiccatamente religioso soltanto presso le popolazioni più evolute le quali ebbero modo di reagire all'antichissimo rito, ognuna in modo confacente alla propria particolare attitudine di fronte ai problemi mistici.

Così, per esempio, nell'Egitto la circoncisione appare un segno di casta, è condizione indispensabile per l'esercizio del sacerdozio e circoncisi vengono raffigurati gli Dei.

La diffusione nella generalità della popolazione sta ad indicare il significato di iniziazione puberale, probabilmente derivante da sacrifici di giovani giunti all'epoca della pubertà; nella Nuova Guinea, di fatto, essa simula l'uccisione del bimbo.

Analogo significato ha la circoncisione femminile, assai meno diffusa che ha con tutta probabilità un carattere iniziatorio e vuole avere il significato di santificazione di tutto l'individuo nell'offerta di una parte, offerta compiuta con un rito di sangue.

Entrambe non possono essere riportate ad un unico centro di origine ma si sono evolute in varii centri autonomi nei vari continenti ed arcipelaghi in cui sono in uso.

fil

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE

XXXV. - Il limite di età per l'ammissione ai concorsi sanitari.

L'art. 95 del regolamento 12 febbraio 1911 n. 297 vieta di stabilire limiti massimi di età « per quegli aspiranti che *si trovino in servizio* di amministrazioni comunali ».

L'art. 27 del regolamento sanitario 19 luglio 1906 n. 446 eccettua dal limite di età « i concorrenti che prestino o *abbiano prestato* servizio in altre condotte ».

L'una e l'altra disposizione sono negative: vietano di fare e stabiliscono eccezioni ad una regola ipotetica: in quanto, cioè, un limite di età sia prescritto.

Per determinati uffici (per es. ufficiali sanitari) la condizione dell'età (regola ed eccezione) è disciplinata dalla Legge. Ma non c'è una *norma generale* che stabilisca, per gli impiegati degli enti locali, limiti minimi e massimi; nè si può desumerla dall'ordinamento positivo, come principio di diritto non espresso.

Fonte di norme limitatrici può essere il regolamento locale o il capitolato o altro atto equivalente, approvato si intende dall'autorità tutoria. In tal caso, sono efficaci le eccezioni stabilite dalla Legge o dai regolamenti generali, che sono inderogabili.

Ma se *l'ordinamento locale* non prescrive espressamente condizioni di età, nè l'avviso del concorso può imporne, perchè questo è atto prevalentemente esecutivo, nè si può ritenere che un limite sia stabilito da una regola generale del diritto.

Se ne è discusso a proposito di un concorso per la nomina del medico condotto del Comune di Tronzano. Il regolamento locale non richiedeva condizioni di età per l'ammissione. Uno dei concorrenti fece ricorso contro la deliberazione di nomina e, fra altro, ritenne che il preferito dovesse invece essere escluso perchè era anziano e non aveva prestato servizio per ufficio di titolare, in altra condotta. La V. Sezione del Consiglio di Stato, con sentenza 30 luglio 1931 n. 482, ha respinto la pretesa del ricorrente, negando che vi sia una norma *generale* che limiti, per condizioni di età, la partecipazione ai concorsi comunali. Si intende, però, che deve essere accertata in ogni caso la idoneità fisica.

Così è anche per le istituzioni pubbliche di beneficenza.

Ma se un limite è stabilito, sono efficaci le eccezioni: art. 27 reg. san. 12 luglio 1906, per i sanitari condotti; art. 95 reg. 12 febbr. 1911, per gli impiegati comunali, in genere.

La giurisprudenza ormai dominante interpetra ed applica restrittivamente queste eccezioni: purchè sia accertata la nomina per ufficio di titolare, in organico, è indifferente la durata della prestazione. Il servizio interinale è irrilevante, anche se sia durato decenni.

Questa è una esagerazione assolutamente ingiustificata. La distinzione è anche arbitraria, perchè non risulta dal regolamento, il quale anzi la esclude se considera il *servizio prestato* in condotta o in altri uffici comunali e non ne subordina la efficacia a speciali condizioni. La limitazione è anche illogica e senza scopo.

In primo tempo, la giurisprudenza fu meglio orientata: valido il servizio interinale, purchè apprezzabile per durata. Si volle così evitare che incarichi provvisori fossero conferiti per aprire la via dei concorsi a chi per condizioni di età dovesse invece esserne escluso. La eccezione si sarebbe tanto dilatata che la regola ne sarebbe stata distrutta. Da ciò la utilità di un freno all'artificio.

Ma la giurisprudenza più recente ha mutato indirizzo. E non è da sperare che ne attenui il rigore.

Le amministrazioni possono però stabilire, nei regolamenti locali, la efficacia del servizio interinale.

Come spetta ad esse di regolare la condizione della età così appartiene alla loro attribuzione anche la eccezione, *oltre* i limiti assicurati dal regolamento generale.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuite**.

Saranno poi pubblicate in questa rubrica, ma senza indicare il nome del richiedente, le risoluzioni che abbiano interesse di massima.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

Alla Società delle Nazioni.

La 12ª sessione dell'Assemblea della S. d. N., adunatasi dal 7 al 29 settembre a Ginevra, ha esaminato l'opera dell'Organizzazione di Igiene. Questa ha intensificato la sua collaborazione tecnica con gli Stati. Tale collaborazione consiste nel dare ad essi pareri sui metodi da seguire per risolvere, nel campo dell'igiene pubblica, alcuni problemi amministrativi e sanitari. Così l'organizzazione ha collaborato con il Ministero della Sanità Pubblica e dell'Educazione Fisica della Cecoslovacchia, onde studiarvi le condizioni sanitarie in alcune regioni; con il Governo greco per l'istituzione di una scuola di igiene; con il Governo bulgaro, per la lotta contro le malattie infettive; con il Governo rumeno per una inchiesta sulle cause e la prevenzione della mortalità infantile; con il Governo della Liberia per i problemi attinenti alla domanda di assistenza da esso presentata alla Società delle Nazioni; con il Governo boliviano per contribuire alla formazione di un certo numero di medici igienisti, cooperare ad uno studio sulla morbilità nelle regioni tropicali e subtropicali e dare dei pareri su un piano di organizzazione sanitaria; con i Governi argentino, brasiliano, cileno e uruguayano per l'organizzazione di inchieste sulla mortalità infantile; con il Governo uruguayano per la organizzazione di una Conferenza sui vari metodi di diagnosi della sifilide; con il Governo brasiliano per l'istituzione di un centro internazionale di studi sulla lebbra a Rio de Janeiro; con il Governo cinese per l'organizzazione di una stazione centrale d'igiene applicata a Nanchino, l'impianto di un ospedale nazionale in questa città, la riorganizzazione dei servizi sanitari e dei servizi di quarantena, nonchè l'insegnamento dell'igiene.

L'Assemblea ha constatato, ancora una volta, l'utilità dell'Ufficio di Singapore. Questo Ufficio fa attualmente, non solo da centro di informazioni epidemiologiche, ma anche da centro di coordinamento degli studi che riflettono alcuni problemi che sorgono nella sua zona di azione.

Ha preso atto delle ricerche comparate intraprese in più paesi sull'efficacia dell'immunizzazione contro la difterite e la scarlattina; dei lavori compiuti dalla Commissione permanente di standardizzazione dei sieri, i cui risultati hanno speciale importanza, tanto dal punto di vista scientifico come dal punto di vista del controllo delle innumerevoli preparazioni in commercio; degli studi della Commissione della malaria, che sono riusciti alla definizione di un prodotto *standard* degli alcaloidi totali di chinachino, che hanno, press'a poco, la stessa efficacia del chinino.

Esaminando infine i risultati della Conferenza Europea di Igiene rurale, l'Assemblea è stata colpita dal desiderio che animava tutti i partecipanti alla Conferenza stessa di pervenire ad un accordo. Ha espresso la speranza che l'opera avviata in questo campo sarà estesa, in modo che le popolazioni rurali di tutti i Paesi possano avvantaggiarsene in un avvenire prossimo.

Sono stati presi in esame anche altri problemi, attinenti alla tutela dell'infanzia, al traffico e alla limitazione di produzione degli stupefacenti.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALLUVIONI CAMBIÒ (*Alessandria*). — Scad. 31 gen.; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 2000 cavalc., L. 500 uff. san.; decurtaz. 12 %.

BARI. *Amministraz. Provinc.* — Coadiutore ed assistente della Sez. Med.-micrograf. del Laborat. Prov. d'Igiene e Profilassi; titoli ed esami; proroga ore 12 del 30 dic., alle condizioni già annunziate (v. fasc. 34); i compensi s'intendono diminuiti del 12 %.

BOLOGNOLA (*Macerata*). — Scad. 10 gen., ore 19; riapertura del conc.; L. 9000 e 3 quadrienni dec., oltre L. 600 uff. san., L. 200 arm. farm.; c.-v.; riduz. 12 %; abitaz. gratuita; ab. 442; età lim. 35 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 25 nov.

GALANNA (*Reggio Cal.*). — Scad. 24 dic.; L. 6000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 2500 cavalc., L. 600 se uff.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

CARPIANO (*Milano*). — Scadenza 20 gennaio. Stipendio lordo L. 13.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 600 trasp., L. 550 se uff. san.; riduz. 12 %; tassa L. 50,15.

CASTELLAMONTE (*Aosta*). — Scad. 25 feb.; 2ª condotta; condizioni visibili presso l'ufficio comunale.

CHIURO (*Sondrio*). — Consorzio Chiuro-Castello dell'Aquila, con residenza in Chiuro. Abitanti 3163 (di cui 250 poveri). Scadenza 5 gennaio 1932. (Vedi precedente N. 50).

COSTIGLIOLE D'ASTI (*Alessandria*). — Stipendio L. 7.000 ed indennità mezzi di trasporto L. 2.500. Il tutto al lordo delle riduzioni RR. DD. 25-6-1927 N. 1159; 29-12-1927 N. 2672 e 20-11-1930 N. 1490, nonchè delle ritenute Monte Pensioni ed inerenti. Domanda e documenti di rito alla Segreteria Municipale entro il 15 febbraio 1932.

MAFALDA (*Campobasso*). — L. 6175 da ridurre del 12 %; 3 quinquenni dec.; età lim. 39 a.; tassa L. 50,10. Scadenza 15 febbraio.

MANOCALZATI (*Avellino*). — A tutto 8 febbr.; lire 6000 e 4 quadrienni; in corso miglioram.; se uff. san. L. 500; detraz. 12 %; età lim. 50 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dall'8 nov.

PALAZZUOLO DI ROMAGNA (*Firenze*). — A ore 17 del 31 gen.; L. 9000 e 8 trienni dec., oltre c.-v. e L. 600 trasp.; deduz. 12 %; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 25 nov.; serv. entro 15 gg.

PESCARA. *Amministrazione Provinciale.* — Posti di Direttore della Sezione Chimica e di Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e di Profilassi. Per titoli ed esami.

I documenti richiesti per l'ammissione ai detti concorsi sono quelli indicati nel R. D. 16-1-1927, N. 155. Tassa di concorso L. 50,50, mediante vaglia intestato al Cassiere provinciale.

Al posto di Direttore della Sezione Chimica è assegnato lo stipendio annuo di L. 12.000 suscettibile di 4 aumenti quadriennali di L. 1000 ciascuno, oltre alla indennità di servizio attivo, in L. 3000 annue, ed alla cointeressenza sul provento delle indagini, di interesse privato, in ragione del 30 per cento.

Al posto di Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica è attribuito lo stipendio di L. 10.000 suscettibile di 4 aumenti quadriennali di L. 800 ciascuno, la indennità di servizio attivo, in L. 2000 annue, e la cointeressenza sul provento anzidetto in ragione del 12 per cento.

In aggiunta dei precitati assegni sarà corrisposta la indennità di caro-viveri, nella misura e con le modalità già in vigore per gli impiegati dello Stato.

Lo stipendio e gli assegni, sono soggetti alla riduzione del 12 % ed alle ritenute per R. M. e Cassa di Previdenza come per legge.

Il termine utile per la presentazione delle domande di ammissione scade alle ore 19 del 31 gennaio 1932-X. Per notizie e schiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale di Pescara.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni* (*Ferrovie dello Stato*). — Concorso per titoli ai seguenti posti di Medico di Riparto: S. Pietro Vernotico (Bari); Poggio Renatico (Bologna); Giave (Cagliari); Militello II (Catania); Lucca III, Marradi II (Firenze); Cornigliano Ligure (Genova); Codogno (Milano); Boscoreale, Castelforte, Villa Literno (Napoli); Alcamo, Canicattì III, Racalmuto I (Palermo); Carrara-Avenza (Pisa); Anversa-Scanno, Attigliano, Tarquinia II, Vicovaro (Roma); Cava de' Tirreni, Nocera Inferiore (Salerno); Grottaglie, Taranto VII (Taranto); Saluzzo, Sobborgo S. Michele, Valenza (Torino); Beseno, Lavis, S. Massimo all'Adige (Trento); Longarone Zoldo, Verona IX (Venezia). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scad. ore 17 del 30 genn.

SALERNO. *Ospedali Riuniti.* — Scad. 1° mar.; chirurgo direttore; L. 6000; età lim. 40 a. (salvo e. r. e per chi abbia occupato, durante l'ultimo quadriennio, un posto di primario in reparto chirurgico presso Università o Istituto pubblico). Chiedere informazioni alla Segreteria.

S. MINIATO (*Pisa*). — Con Ponte a Elsa; L. 9500 e 4 quadrienni dec., c.-v.; indenn. mezzi trasp. da determinarsi di anno in anno; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10. Scadenza 10 febbraio.

SARNANO (*Macerata*). — Per titoli, prima condotta, prevalentemente chirurgica. Stipendio annuo lordo L. 9000 da ridursi del 12 %. Indennità di cavalcatura L. 1250. Indennità caro-viveri come per gli impiegati dello Stato. Tre aumenti periodi quadriennali di un decimo sullo stipendio iniziale. Età minima 24 anni, massima 40. Documenti di rito debitamente bollati e legalizzati. Scadenza 15 gennaio 1932. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

SASSOCORVARO (*Pesaro Urbino*). — Scad. 25 gen.; 1ª cond.; L. 10.500 e addizionale di L. 2 sopra i 500 pov., 1° c.-v.; per direz. dell'Ospedale Civile « Lanciarini » L. 2000 e partecipaz.; tassa L. 50.10.

TRAPANI. *Comune.* — Scad. 28 feb.; 1ª Sez. urbana; L. 9500 e 5 quinquenni di L. 825; deduz. 12 %; tassa L. 50.

TRAVEDONA-MONATE (*Varese*). — Scad. 31 dic.; consorzio. Rivolgersi al Comune.

TREDOZIO (*Forlì*). — Scad. 10 gen.; sez. di ponente; L. 11.000 e 10 bienni ventes., oltre L. 1250-2500 trasp.; riduz. 12 %; tassa L. 50,10; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 9 dic.

VOLPIANO (*Torino*). — Scad. 1° mar.; condizioni tutte poste dal regolamento organico; chiarimenti dalla Segreteria com.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Fondazione Bonacossa.

Presso la R. Accademia di Medicina di Torino è aperto un concorso a premio della fondazione Bonacossa, per l'importo di L. 525, da cui dovranno dedursi le tasse di ricchezza mobile e di manomorte. Tema: « Eziologia e patogenesi della schizofrenia ». I lavori devono essere presentati in lingua italiana, latina o francese, manoscritti o stampati, purchè in questo caso abbiano una data posteriore al 1° gennaio 1931. Il tempo utile per la presentazione delle domande di ammissione e dei relativi lavori scade col 31 dicembre 1935; epperò saranno considerate come non pervenute quelle domande e i relativi lavori che, sebbene spediti o consegnati agli uffici postali in tempo utile non saranno effettivamente recapitati alla sede dell'Accademia in Via Po 18 entro le ore 18 di detto giorno.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. E. von Graff è nominato professore di ostetricia e ginecologia all'Università di Iowa (Stati Uniti).

Alla Facoltà medica di Sucre (Bolivia) sono nominati: decano il prof. Claudio Reso; vice-decano il prof. Armando Solares Arroyo; segretario il prof. Julio C. Fortún.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Padova.

Universitaria.

Per commemorare il 28 settembre, in questo giorno vennero inaugurate le nuove sedi delle Cliniche oculistica e di patologia medica, nonchè quelle del Laboratorio di patologia chirurgica e del Riparto di 1° accoglimento.

La Clinica oculistica, dove già insegnarono i proff. Gradenigo, Albertotti, Ovio, ed ora diretta dal prof. Lo Cascio, ha portato la disponibilità di letti a 50, istituendo anche una sezione per contagiosi. Venne rinnovato l'arredamento di due sale operatorie e di sale di preparazione, di medicazione, e furono riordinati i Laboratori per ricerche micrografiche e chimiche con l'annessa biblioteca.

L'Istituto di Patologia medica, pur essendo dotato di apparecchi e mezzi di studio, era rimasto sempre sacrificato in ambienti infelici. Per di più il riparto di 35 letti si trovava nell'interno dell'Ospedale, ed il Laboratorio in altra casa della stessa via. Ora Riparto e Laboratorio vennero riuniti in locali sotto ogni riguardo decorosi, e posti al secondo piano dell'Ospedale.

* * *

Il 12 novembre si svolse la cerimonia d'apertura dell'anno scolastico con grande concorso di autorità, professori, studenti ed invitati. Il Magnifico Rettore, dopo aver mandato un saluto al prof. sen. Catellani che cessa dall'insegnamento per limiti d'età, ed al prof. Frugoni, passato alla Clinica Medica di Roma, ricorda i proff. Ignazio Salvioli, Enrico Tedeschi, Giovanni Marchesini, defunti nell'annata.

Annuncia lo stanziamento di 400.000 lire per una borsa di studio intitolata a Luigi Balzan, a vantaggio di uno studente che si dia a studi di chimica biologica, e comunica che gli studenti possono iscriversi ai corsi Allievi Ufficiali di Complemento presso la Coorte Autonoma della Milizia Universitaria. Riferisce inoltre che furono istituite due nuove cattedre, per l'insegnamento della Chimica fisica e della Chimica biologica, e che agli Istituti di Istologia, Medicina legale, Medicina operatoria, Chimica biologica, Mineralogia, Geografia fisica e Storia vennero approntate le rispettive nuove sedi.

Il momento culminante della cerimonia fu quando il Magnifico Rettore lesse fra deliranti applausi il seguente telegramma inviato personalmente a lui dal Duce: « Voglio far giungere a « V. S., mentre inaugura il nuovo Anno Accade- « mico glorioso Ateneo patavino, mio saluto. Vo- « glio aggiungere che l'Ateneo patavino non sarà « in alcun modo mutilato nè diminuito. Solo una « stolta vociferazione può far credere contrario. « Mi sono anche note le necessità edilizie dell'Uni- « versità. Ad esse, come è avvenuto e sta avve- « nendo per altri Atenei, sarà provveduto non ap- « pena la situazione generale lo permetterà. L'Uni- « versità di Padova deve essere nel futuro quello « che fu nel passato; centro unico di studi, di « esperienze ed orgoglio delle terre e delle genti « Venete. Non ho dimenticato nè dimenticherò la « giornata da me anni sono trascorsa fra le mura « del secolare Ateneo. Mi ricordi ai Professori e « agli studenti che io ricordo a mia volta con sim- « patia ».

Ha quindi la parola il prof. Bertino, direttore dell'Istituto Ginecologico, per il discorso ufficiale sul tema: « Le insidie alla maternità ». L'oratore, dopo aver enumerati i pericoli ai quali si trova esposta la donna in stato di gravidanza, parla dei pericoli del parto e del puerperio: fra questi il più imponente è rappresentato dall'infezione puerperale che dà mortalità assai elevata e che, in caso di guarigione, lascia come conseguenza la sterilità. In un anno nel nostro Paese 2992 donne diedero la vita in olocausto alla maternità, e 1004 di queste morirono per febbre puerperale.

Il prof. Bertino tratta in ultimo delle pratiche abortive e, mettendo in rilievo il grande senso di civismo che ha ispirate le speciali leggi demografiche del Regime, afferma esser compito dei sanitari lo svolgere una propaganda che divulghi le conoscenze atte ad appoggiare la saggia opera del Governo.

* * *

Coll'Anno scolastico 1931-32 hanno preso possesso delle loro cattedre quattro nuovi insegnanti di questo Ateneo, i proff. Gasbarrini, Roncato, Guerrini e Riquier.

Il 16 nov. il prof. Gasbarrini parlò sul tema: « La funzione e l'insegnamento della Clinica Medica ».

La prolusione del prof. Roncato fu tenuta il 19 nov. sullo « Sviluppo della Biochimica e sue direttive attuali ».

Il prof. Guido Guerrini parlò il 21 novembre sul tema: « Costituzione e malattie infettive ».

Il 23 novembre il prof. G. Riquier parlò sugli « Sviluppi e stato odierno dell'insegnamento neurologico ». PLF.

Da Milano.

La produzione scientifica della Clinica Chirurgica della R. Università.

Straordinariamente produttiva è stata l'attività scientifica della R. Clinica chirurgica diretta dal prof. sen. B. Rossi.

Basterà un rilievo per darne la prova: sono state pubblicate, nel corso di un anno, non meno di una quarantina di memorie: pochi altri istituti clinici possono vantare una simile operosità.

Necessità di spazio ci obbligano a questo fugace accenno. R. A.

NOTIZIE DIVERSE.

2° Congresso internazionale sulla luce.

È indetto a Copenaghen dal 15 al 19 agosto 1932, sotto l'alto patronato del Re di Danimarca; sarà presieduto dal dott. Axel Reyn; segretario generale ne è il dott. A. Kissmeyer. Temi: « Come può spiegarsi l'effetto dei bagni di luce sulla tubercolosi »; « Il compito del pigmento nella biologia della luce e nell'effetto terapeutico dei bagni di luce »; « Basi e organizzazione delle ricerche elioclimatiche in relazione con le misure d'igiene pubblica »; « Resoconto del Comitato internazionale per la fissazione d'una unità di misura per i raggi ultravioletti ». Tra i correlatori sono i proff. Giulio Ceresole (Venezia) e Mario Ponzio (Torino).

I disserenti sono pregati di usare una delle seguenti lingue: francese, inglese, italiano, spagnolo, tedesco.

La quota d'iscrizione è di 30 corone danesi (8 dollari oro degli S. U. d'A.). A richiesta si spedisce il programma. Rivolgersi agli uffici del congresso, Dansk Rejsenbureau, Amagertow 24, Copenhague K, Danimarca; ovvero al segretario del Comitato italiano, prof. Giulio Ceresole, via Dalmazia 11, Lido-Venezia.

14° Congresso internazionale di oftalmologia.

Sono cominciati i lavori preparatori di questo congresso, indetto a Madrid per la prima quindicina dell'aprile 1933. Il Comitato esecutivo è presieduto dal Dr. Manuel Márquez, professore di oftalmologia a Madrid, membro del Consiglio Internazionale di Oftalmologia; segretario generale ne è il dott. Francisco Poyales, oculista nell'Ospedale della C. R. di Madrid. I temi ufficiali, stabiliti dal Consiglio internazionale (Londra, aprile 1930), sono: « Le iridocicliti tubercolari in rapporto ai risultati delle ricerche sperimentali sulla tubercolosi e trattamento moderno » (relatori il prof. Ovio di Roma e il dott. Henri Lagrange di Parigi); « Eziologia e trattamento del distacco della retina » (relatori il prof. Vogt di Zurigo e il dott. H. Arruga di Barcellona). Le comunicazioni dovranno riferirsi di preferenza ai temi di relazione. Le comunicazioni libere saranno vagliate dal Consiglio Internazionale, che le accetterà ove stimi che presentino originalità e interesse. Si prega di comunicare tempestivamente alla segreteria la partecipazione al congresso, precisando se si sarà accompagnati da persone di famiglia e se si presenteranno comunicazioni e su quali argomenti. Rivolgersi al segretario generale: Dr. Francisco Poyales, oculista del Hospital de la Cruz Roja, Madrid, Spagna.

3° Congresso internazionale di ingegneria sanitaria ed igiene urbanistica.

Avrà luogo a Lione dal 6 al 9 marzo 1932. Il grande successo che ottenne nell'aprile di questo anno il Congresso che ebbe luogo a Milano sotto l'alto patronato di S. M. il Re ed al quale parteciparono i delegati di ben trentadue nazioni, lascia presumere che le Provincie, i Comuni, gli Enti e sopratutto i tecnici e gli esperti italiani contribuiranno nel prossimo anno a rendere numerosa e degna la rappresentanza italiana in Francia.

Anche a Lione il Congresso sarà integrato da una Esposizione internazionale alla quale parteciperanno, nella sezione documentaria, i Governi e gli Enti pubblici e nella sezione industriale gli interessati.

Tutti i chiarimenti concernenti le inscrizioni, sia al Congresso che alla Mostra, i ribassi ferroviari, ecc., possono essere richiesti alla Delegazione Internazionale di Tecnica Sanitaria e d'Igiene Urbanistica, in viale Romagna 51, Milano.

2° Congresso internazionale di medicina tropicale.

A causa della grave crisi economica, il Governo olandese ha espresso il desiderio che questo Congresso, indetto ad Amsterdam dal 12 al 17 settembre 1932, sia rimandato ad un'epoca più favorevole.

Pertanto il Comitato esecutivo ha deliberato il rinvio ad epoca da destinarsi. Le quote già corrisposte verranno restituite.

4° Congresso italiano di microbiologia.

La Presidenza della Sezione Italiana della Società Internazionale di Microbiologia ha fissato i temi di Relazione per il IV Congresso Nazionale, che avrà luogo nel mese di novembre 1932.

I temi prescelti sono: « Le dissociazioni microbiche », relatore il prof. Gianni Petragnani; « L'immunità locale », relatore il prof. Giuseppe Mariani; « I microbi del terreno e la fissazione dell'azoto atmosferico », relatore il prof. Gino De Rossi. Sarà inoltre svolto il seguente argomento all'ordine del giorno: « Le encefaliti postvacciniche », relatore il prof. G. B. Allaria.

Durante il Congresso saranno permesse comunicazioni, che trattino esclusivamente argomenti di relazione.

Le comunicazioni dovranno pervenire alla Segreteria della Sezione non oltre il 15 settembre 1932, essere dattilografate e redatte in lingua italiana o francese.

Potranno fare comunicazioni anche studiosi stranieri purchè in lingua italiana o francese.

Una seduta del Congresso sarà dedicata al Comitato italiano per lo studio dei gruppi sanguigni, che terrà in tale occasione la sua solita riunione.

Sarà discusso il seguente tema: « Gruppi sanguigni e costituzione fisica », relatore il dott. Domenico Viola. Sono accettate sull'argomento anche delle comunicazioni, per le quali vigono le regole più sopra riferite.

La quota d'iscrizione al Congresso è fissata in Lit. 25 e dà diritto al volume degli Atti e a tutte le facilitazioni che la Segreteria riuscirà ad ottenere.

Per ogni ulteriore informazione rivolgersi ai segretari prof. Dessy e prof. Arnaudi, via Darwin 20, Milano.

9° Congresso medico siciliano.

Per iniziativa del Sindacato Medico Fascista di Catania e dell'Ordine dei Medici e con l'assentimento dell'on. prof. E. Morelli, commissario del Sindacato Fascista Medici, è stata decisa la ripresa dei Congressi medici siciliani: quello prossimo, nono della serie, sarà tenuto a Catania nel 1932, durante il mese di maggio (come i precedenti congressi). Oltre alle relazioni di medicina e chirurgia e di uno dei più vitali argomenti d'interesse professionale, sarà trattato l'argomento della morbosità dei minatori nelle solfare; e avranno inoltre luogo importanti riunioni dei di-

rettori dei Sindacati medici fascisti della Sicilia, della Sezione siciliana della Società di idrologia, climatologia e terapia fisica, della Sezione dell'Associazione nazionale dei medici condotti e della Sezione degli Ufficiali sanitari. Saranno fatte interessanti gite nei dintorni della città.

26° Congresso medico sud-africano.

Il 5° Congresso scientifico annuale dell'Associazione Medica del Sud-Africa (ramo dell'Associazione Medica Britannica) sarà anche il 26° Congresso medico sud-africano. Si terrà ad East London dal 20 al 25 giugno 1932. Presidente: dott. J. Bruce Bays; vice-presidente: dott. E. H. Grey; segretario generale d'onore: dott. R. V. Stevenson. Per informazioni rivolgersi alla sede sociale: Medical Association of South Africa (B. M. A.), The Southern Life Buildings, St. George's Street, Capetown, Unione Sud-Africana.

Alla Scuola Medica Ospitaliera di Roma.

Con l'intervento di molte autorità del mondo medico e ospedaliero romano, fra le quali il gr. uff. Cotta e il comm. Corelli, rispettivamente presidente e segretario generale degli ospedali riuniti di Roma, il comm. Basile direttore generale della Sanità Pubblica, il prof. Pecori direttore dell'Ufficio d'igiene del Governatorato, si è inaugurato il decimo anno scolastico della Scuola Medica Ospitaliera di Roma.

Dopo un applaudito discorso del presidente della Scuola, prof. Carducci, che riassunse i risultati morali ed economici di questa bella istituzione dei medici ospitalieri di Roma, e ne illustrò ancora una volta le finalità, il prof. Giulio Galli, direttore e primario del Policlinico Umberto I, tenne una brillante conferenza sulla « Cura delle ipertensioni arteriose », conferenza che fu seguìta col massimo interesse dal folto uditorio.

Scuola di perfezionamento in Diritto penale a Roma.

È stata istituita presso la R. Università di Roma la Scuola di Perfezionamento in diritto penale, sotto la direzione del prof. Arturo Rocco, ordinario di diritto penale. Tale scuola, che succede a quella di applicazione giuridico-criminale fondata da Enrico Ferri, ha lo scopo di avviare gli iscritti (laureati in legge di qualsiasi Università del Regno ed estera, laureati in medicina e chirurgia, in filosofia ed in scienze sociali e politiche) allo studio approfondito del diritto e della procedura penale e delle scienze e discipline ausiliarie.

La scuola comprende tre gruppi di insegnamenti generali (giuridico, sociologico e biologico), ai quali sono annessi numerosi insegnamenti speciali.

Il gruppo biologico comprende i seguenti insegnamenti generali: antropologia criminale, biologia criminale e giudiziaria e psicopatologia criminale; ed all'insegnamento di tali materie sono stati chiamati, dietro regolare nomina da parte della Facoltà di Legge, i proff. Ottolenghi, De Sanctis, Giannelli e Di Tullio.

Corso complementare d'igiene pratica.

Si terrà presso l'Istituto d'Igiene della R. Università di Modena, per aspiranti a posti di carriera sanitaria governativi e comunali; avrà la durata di due mesi a partire dal 18 gennaio; tassa L. 300.

Inaugurazione di anni universitari.

Segnaliamo i seguenti discorsi inaugurali di anni accademici: Bari, prof. Serafino D'Antona, « Cervello e Pensiero »; Ferrara, prof. Roberto Savelli, « Scienza dell'Eredità »; Firenze, prof. Filippo Neri, « La questione del latte ed il problema alimentare »; Padova, prof. Alessandro Bertino, « Le insidie alla maternità »; Pavia, prof. Tullio Gayda, « Fisiologia dell'atletica »; Sassari, prof. Giuseppe Sabatini, « Di nuovi orientamenti del pensiero moderno sulle cause dei morbi ».

L'Accademia medica lombarda.

Ha inaugurato il secondo anno di vita con un'adunanza alla quale hanno partecipato le maggiori personalità mediche della metropoli lombarda e delle città viciniori. Dopo una relazione del presidente prof. Baslini, il prof. Ottorino Rossi, rettore magnifico dell'Università di Pavia, tenne una conferenza sul tema: « Blastomi, emopatie e sindromi midollari ».

Le opere sanitarie del Regime.

L'« Agenzia di Roma » segnala lo sviluppo delle opere sanitarie e sociali del Regime. Fra i nuovi istituti inaugurati nelle ultime settimane sono da rilevare il Sanatorio di Vialba a Milano, uno dei più grandi istituti per tubercolotici costruiti dalla Cassa nazionale di assicurazioni sociali, che occupa un'area di 250.000 metri quadrati e potrà accogliere circa mille degenti. Gli assicurati già ricoverati sono circa 250.

A Bosco S. Pietro di Caltagirone è stato inaugurato un grande Convalescenziario capace di 168 letti, oltre agli alloggi per il personale.

Frattanto la Cassa nazionale ha avviato, in attuazione del suo vasto programma costruttivo di ospedali sanatoriali, le costruzioni degli ospedali sanatoriali di Palermo, Siracusa, Caltanissetta, Ragusa e Trapani, ed ha in progetto quello di Catania.

A Loreto è stato inaugurato il primo Convalescenziario costruito nelle Marche; è capace di circa 80 posti, e dotato di vasti e magnifici locali ed anche provvisto di un ampio e luminoso giardino d'inverno.

Infine è stato inaugurato il grandioso Sanatorio femmnile in Bioglio (Biella). Esso è costituito dalla splendida villa Sella, entro un grandioso parco di circa 80.000 metri quadrati di superficie. La villa è stata completata da una nuova costruzione, mentre sono in progetto due altri grandi edifici laterali, terminati i quali il Sanatorio sarà capace di ospitare oltre 500 ammalate. In seguito vi si aprirà anche un reparto per la rieducazione al lavoro delle operaie guarite. Attualmente sono ricoverate nel nuovo Sanatorio già 100 assicurate.

Cospicue donazioni.

La Federazione Italiana Fascista per la lotta contro la tubercolosi comunica:

La contessa Ida Gallo ved. del conte Muzio Gallo Carradori di Osimo ha fatto donazione alla provincia di Ancona della sua splendida villa « Cannone » presso Osimo, perchè sia destinata ad uso di Sanatorio Antitubercolare Provinciale.

La marchesa Caterina Benveduti Manarelli Della Porta di Gubbio ha donato la villa di S. Illuminata, perchè vi sia istituita una casa di ricovero per tubercolotici.

A Poggiardo (Lecce) la nobildonna Felicetta Pispico Mauro ha donato mezzo milione alla locale Congregazione di Carità per la fondazione di un ospedale modernamente attrezzato.

La Federazione contro la tubercolosi nella sua prossima riunione assegnerà ai munifici donatori la medaglia d'oro di benemerenza.

Il nuovo ospedale di Gallipoli.

Il podestà di Gallipoli ha ottenuto, per l'interessamento di Achille Starace, che l'erigendo ospedale civile di Gallipoli porti il nome della venerata madre del Duce, Rosa Mussolini Maltoni. In una lettera indirizzata all'on. Starace, il segretario particolare del Duce, comm. Chiavolini, informa che la preghiera rivolta a S. E. il Capo del Governo, di voler autorizzare tale intitolazione, è stata accolta in via del tutto eccezionale.

Museo storico dell'arte sanitaria in Roma.

Nella sistemazione di questo Museo, alla quale si sta procedendo nei locali ad esso adibiti nell'Arcispedale di S. Spirito e che sono uniti alla sede dell'Istituto, è già stata completata la ricostruzione del Laboratorio di una Farmacia del secolo XVII e tra poco sarà ultimata la ricostruzione della farmacia stessa (secolo XVII).

Inchiesta sull'amebiasi.

Il Consiglio Direttivo della Società Italiana di Medicina Interna ha conferito al prof. Guido Izar, della R. Università di Messina, l'incarico di una relazione pel prossimo Congresso della Società, sul tema: « Amebiasi ».

È desiderio del prof. Izar di stabilire con precisione le zone di diffusione di questa grave protozoosi; pertanto egli chiede la diretta collaborazione dei colleghi e li prega di segnalargli i casi di amebiasi osservati, rispondendo al formulario qui sotto riportato.

Se nei mesi successivi verranno osservati altri casi, si gradiranno ulteriori informazioni.

Il prof. Izar si tiene a completa disposizione dei colleghi in proposito.

Il formulario riguarda:

1) Data dell'osservazione;
2) Nome e cognome dell'ammalato; età;
3) Domicilio al momento della diagnosi;
4) Presunto luogo di infezione. Segnalare in particolare una pregressa residenza in colonia;
5) Quadro clinico in brevi note peculiari;
6) Accertamenti microscopici. Dove? Da chi?;
7) Cure mediche in dettaglio. Cure chirurgiche eventuali;
8) Decorso. Esito;
9) Recidive (epoca; quadro clinico; decorso);
10) Osservazioni.

Indirizzare le risposte: Corso Cavour, Messina.

Omaggio al prof. Agostini.

L'11 corr. a Città di Castello, nel gabinetto podestarile, sono state rese, con semplice e austera cerimonia, onoranze all'illustre prof. Cesare Agostini di Perugia, già direttore di quel Manicomio provinciale.

Si è voluto solennizzare ufficialmente la chiusura del pellagrosario Umbro, da tempo non più in funzione pel debellamento totale della dolorosa endemia, e con la chiusura si è voluto rendere un doveroso omaggio al prof. Agostini, che esplicò un indefesso apostolato nella lotta contro la pellagra nell'Umbria, e del Pellagrosario fu per circa un trentennio sopraintendente.

Sono convenuti intorno al festeggiato spiccate personalità ed i funzionari del cessato istituto.

Al festeggiato è stata offerta una pergamena, che reca la seguente epigrafe: « Al gr. uff. prof. Cesare Agostini — Volontario di guerra — Decorato al merito di guerra — ed al valore civile — Insignito dalla medaglia d'argento al merito della salute pubblica — per il suo indefesso apostolato nella lotta contro la pellagra dell'Umbria — Sopraintendente da un trentennio — con alto intelletto d'amore — al Pellagrosario ed alla Sezione dementi di Città di Castello — il Consiglio direttivo dei due Istituti — ammirato e riconoscente ».

Furono pronunziati vari discorsi. Con animo profondamente commosso, il festeggiato rievocò la trentennale cooperazione con le istituzioni sanitarie tifernati, per debellare la triste endemia pellagrosa.

Omaggio al prof. Hayem.

In una recente seduta dell'Accademia di medicina di Parigi, il presidente prof. De Lapersonne ha indirizzato gli omaggi e i voti dell'assemblea al prof. Hayem, in occasione del novantesimo suo compleanno. In termini commossi, il grande ematologo ha rievocato gli amici e gli allievi che egli ha perduto e ha ringraziato i colleghi dei loro auguri.

Un grave incidente tra medici.

Il dott. Attilio Pantaleoni, medico condotto a Cuirano di San Marco (Treviso), incontrato il dott. Ugo Stocco, colonnello medico della marina a riposo — che era già stato medico condotto nello stesso paese — lo ingiuriava e poi esplodeva contro di lui due colpi di rivoltella, fortunatamente andati a vuoto. La causale del grave fatto si fa risalire a motivi professionali.

Scuola di perfezionamento in odontoiatria e protesi dentaria presso la R. Università "Benito Mussolini" di Bari.

Sono aperte le iscrizioni per l'anno accademico 1931-32 ai corsi di perfezionamento in Odontoiatria e Protesi dentaria per i laureati in medicina e chirurgia. Essendo il numero dei posti limitato, l'accettazione viene regolata secondo la priorità nella presentazione delle domande e nel versamento delle tasse. Le iscrizioni si chiuderanno col 31 dicembre 1931. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria della Facoltà di Medicina e Chirurgia presso l'Università.

È morto a Milano il dott. ETTORE PICCOLI, nato oltre 70 anni fa a Vicenza. Godeva di una grande popolarità fin dal tempo in cui reggeva la Guardia Medica di Via Paolo Sarpi. Noto divulgatore della scienza medica, si era fatto un vero apostolo del Naturismo, su cui aveva recentemente scritto un libro pieno di brio e di fede animatrice; era anche presidente della Unione naturista italiana. Lascia molte pubblicazioni, specialmente di volgarizzazione dei principii che egli sosteneva del ritorno alla massima semplicità di vita. A. F.

Indice alfabetico per materie.

FINE DEL VOLUME XXXVIII (*Sezione Pratica*).

Il N. 52 contenente il frontespizio e l'Indice Generale sarà spedito nella prossima settimana.
Il N. 1 dell'annata XXXIX uscirà il 4 gennaio 1932.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.